

Hamilton-Wentworth District Health Council

Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth

URBAN/MUNICIPAL

C30NHW I68
A56 1996 / 97

Hamilton-Wentworth
District Health Council

Annual Report

1996 - 1997

HAMILTON PUBLIC LIBRARY

JUL 29 1997


GOVERNMENT DOCUMENTS



Hamilton-Wentworth
District Health Council

Annual Report

1996 - 1997



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
Hamilton Public Library

The Hamilton-Wentworth District Health Council (HWDHC) is a community-based advisory body to the Ontario Minister of Health. Its mission is to advocate for and promote a responsive, accessible, and cost effective health care system. Bill 173 describes the four main functions of district health councils:

- to advise the Minister on health needs and other health matters in the council's geographic areas
- to make recommendations on the allocation of resources to meeting health needs in the council's geographic area
- to make plans for the development and implementation of a balanced and integrated health care system in the council's geographic area
- to perform any other duties assigned to it under this or any other Act or by the Minister.

Council members are volunteers who are appointed by the Minister of Health through an Order-in-Council. Eight members are health care consumers, eight are health care providers and three represent the Hamilton-Wentworth Regional Government.

The HWDHC is committed to developing an equitable and workable partnership between the public and health care providers. Its goal is to plan and co-ordinate health services that will support, maintain, and enhance the health of the community.

Table of Contents

Message from the Chair	1
Message from the Executive Director	3
Highlights 1996/97	6
Looking to the Future: Integrated Health Systems	6
Building on Our Strengths: Primary Care	7
Safeguarding the Health of the Next Generation: Children's Services	8
Doing More than Treat Illness: Health Promotion	9
Building a Caring Community: The Multi-Year Plan for Long-Term Care Services	10
Promoting Shared Care: Mental Health System Design	11
Supporting a Community Initiative to Improve Care: Addictions Services	12
Responding to Special Requests: Speech Language Planning for Preschoolers	13
Council and Committees	14
HWDHC Reports	21
Auditor's Report and Balance Sheet	24

Message from the Chair

I have had the privilege and challenge of serving as Chair of the Hamilton-Wentworth District Health Council (HWDHC) at a time when the health care system is changing dramatically and quickly. We have developed excellent health care services but they are extremely costly, and we are all being asked to work more efficiently and to find better ways to provide the same or better quality care.

I am pleased to report that our community is not waiting for change to be forced upon it, but has been actively involved in trying to shape and develop the kind of health care system we want and need. During 1995/96, Council worked intensively on its Comprehensive Health Care Plan (CHCP), a new "blueprint" for our health care system. More than 700 community members were directly involved in developing the plan, which is designed to help Hamilton-Wentworth develop:

an integrated system of health programs and services that: helps people to maintain or improve their health; responds effectively when people get sick or have an accident; supports those who need ongoing care; and delivers the right service in the right place at the right time and at the right cost.

To achieve that integrated system, the plan recommended that Hamilton-Wentworth:

- strengthen primary care (i.e., the services people receive from their family physicians, health service organizations and community health centres)
- enhance long-term care (i.e., the programs and services, such as nursing and therapies, meals, homemaking, transportation and volunteer visiting, required by people who because of age, injury or disability need ongoing care and support)
- maintain appropriate levels of acute or hospital-based care.

In May 1996, we submitted the Comprehensive Health Care Plan to the Minister of Health and, over the past year, the plan has guided and directed our work. For example, during 1996/97 we took the first steps in developing an integrated health system and strengthening primary care. We also joined with stakeholders in children's services to work toward ensuring all children and youth enjoy health and well-being in a community free of violence, abuse, disease and inequality. Council is identifying opportunities to integrate health promotion into all its planning activities. In addition, Council has begun to develop some of the "tools" it will need to support an integrated system, such as information systems and the means to monitor and evaluate the changes being made in the health system.

Throughout the year, Council has also continued to fulfill its ongoing planning tasks, such as the annual review of hospital operating plans. In response to requests from the Ministry of Health, we developed a multi-year plan for long-term care, a proposed design for a mental health system and a plan to improve speech and language services for children. In all these initiatives, we are working to ensure that our recommendations are consistent with the goals of the CHCP.

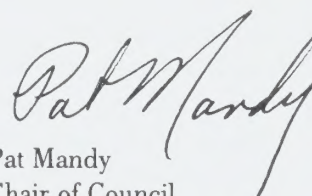
The CHCP was Hamilton-Wentworth's response to the Ministry of Health's request for advice on restructuring hospital services. But it went far beyond that and recommended ways to organize, strengthen and manage the entire health system. The CHCP, along with a summary report of our primary activities that Council prepared this year, was submitted to the Health Services Restructuring Commission (HSRC), an independent body estab-

lished by the Ontario government to make decisions about hospital restructuring and on other aspects of the health care system. The Commission will use the CHCP, our summary report and submissions from other health organizations in the community, as well as interviews with people in the community and its own analyses to decide the future of our health services. Whatever the outcome, we believe this community has done an excellent job of making the case for the kind of health care system we want in Hamilton-Wentworth.

The next year will be extremely demanding and challenging for both Council and staff. The Health Services Restructuring Commission will soon make its decisions about hospital configuration in our community. Primary care reform is pending. The investment in community-based services is not keeping pace with hospital restructuring, and community organizations fear the quality and accessibility of their services will deteriorate. Proposed changes in the funding for public health may have implications for all public health programs. Change, however desirable, will have an impact on individual and community health, and comes at a cost. Jobs will be lost, lives disrupted and people displaced.

In this environment of rapid change and reform, Council will continue to work to involve the people of Hamilton-Wentworth in planning health services that respond to the community's health needs, build on the community's capacity and will sustain the health care system now and into the future.

I would like to thank the Council members and staff for their commitment during a very busy and taxing year. Council members were conscientious and gave generously of their time and expertise to make decisions in the interest of the public and community. Staff managed to balance the extensive demands on their time and handled their work professionally. I particularly want to thank Susan Goodman and Marion Emo for their support and assistance to me as Chair of Council. I look forward to working with staff and Council over the next year.



Pat Mandy
Chair of Council

Message from the Executive Director

Hamilton-Wentworth's Comprehensive Health Care Plan offers us a new way of looking at health and health services, as well as a new way to manage and govern the system, and ensure that our health services are comprehensive, responsive and accountable. As the health system changes, the organizations that plan and deliver health services must also change. It is important for all of us to assess critically our skills and abilities, the way we work, and the role we should play in a health care system designed to deliver the right service in the right place at the right time and at the right cost.

During 1996/97, the members of Council took a hard look at how we do business and how to make better use of members' skills, knowledge and time. Based on a survey of members, we decided Council needed to:

- develop more effective communication strategies to help citizens and health care providers in Hamilton-Wentworth understand the role of the HWDHC and the goals of the CHCP, and prepare for the coming changes in the health system
- revise the orientation program for newly appointed members to ensure they will be knowledgeable about all aspects of DHC programs, health policy and the budget process
- change the structure and agenda for Council meetings to allow more time for members to discuss and debate policy issues.

As part of our new effort to communicate with the community, the Chair of Council, our Executive Director who is now on a secondment to the Ministry of Health, and I met with the local municipal, regional and provincial politicians and the Board Chairs and Chief Executive Officers of the Academic Health Care Network. We also made presentations to municipal councils. In addition, many of Council's committees and working groups have developed outreach strategies to improve communication with the public and the health providers. For example, the Integrated Systems Working Group has met and consulted with key people and groups in the community, and surveyed more than 200 people.

We are also trying something new with our annual report. Instead of simply listing the various DHC committees and what they do, we are highlighting a few of our key activities. We hope that this year's report will help people understand what the HWDHC does and how our work affects the community's health and well-being. Over time, we hope that the DHC Annual Report will evolve into a report card on the status of the health system and the community's comprehensive health care plan.

Council is more effective when it works closely with the community. During the past year, Council has continued to participate with community stakeholders in several collaborative initiatives or projects. For example:

- to develop the Hamilton-Wentworth Profile on Children and Youth, the HWDHC worked with interested people and organizations to identify indicators we can use to monitor the health and well-being of our children and youth
- the HWDHC has been working closely with other district health councils (DHCs), the public health units in the region and the Central West Health Planning Information Network (CWHPIN) to develop strategies to monitor and evaluate change in the health system
- the Faculty of Health Sciences, the Department of Public Health, Family Medicine and the HWDHC are working collaboratively to advocate for primary care.

What about the future? At this stage in its history, the Hamilton-Wentworth District Health Council, like all parts of the health system, is coping with the impact of reform and restructuring. In January 1997, the Government Task Force on Agencies, Boards and Commissions reaffirmed DHCs' roles and recommended that they be restructured to "ensure a broader and more consistent approach is taken regionally and across a range of health services." The restructuring of DHCs is designed to strengthen their ability to plan and coordinate health services.

In the last few months, the HWDHC collaborated with other DHCs in the Central West Region to develop a submission on DHC restructuring. The Ministry of Health will review all the proposals and options, such as amalgamating some DHCs or redefining geographic planning boundaries. In a few months time, the number and structure of DHCs may change, but they will continue to fulfill their role as health planning organizations.

The HWDHC has long recognized the value of regional planning, and has played an active part in Central West planning initiatives, and a number of regional planning projects are based in our offices. During 1996/97, the Regional Trauma Network developed ways to improve communication between the lead trauma hospitals and all Central West community hospitals. This will mean that hospitals receive consistent, accurate information, and emergency patients receive better care.

With the reforms underway in the health system, changes in one sector will inevitably have an effect on other sectors, and the ability to plan and adjust, both locally and regionally, becomes increasingly important. For example, the reduction in

Acknowledging Community Partners

The Hamilton-Wentworth District Health Council would like to acknowledge and applaud a few of the organizations involved in exciting, innovative initiatives in 1996/97 designed to strengthen our health care system:

The **Hamilton Urban Core Community Health Centre** is developing a permanent home in the former Hamilton bus depot, making a range of health services available in the downtown core.

The **Addiction Services Group**, as an outcome of their system design, is working to build stronger links between mental health service providers and substance abuse services providers.

The Francophone community health centre, **Centre de Santé et Services Communautaires**, moved to a new location and is developing a range of services including social work, nursing, health promotion, nutrition, and assault prevention.

HappIN, an integrated health information network project designed to provide secure and effective communication and information-sharing capabilities for the Hamilton-Wentworth health care system, is establishing an interim board of directors.

The **Coalition of Community Health and Support Services** is celebrating 15 years of successes, including working collaboratively to plan and deliver services to meet the needs of seniors and people with disabilities or special needs.

Family Medicine Hamilton Wentworth, an exciting initiative led by the Departments of Family Medicine, is working to integrate primary care with other sectors of the health care system.

The voluntary merger of Chedoke-McMaster Hospitals and the Hamilton Civic Hospitals into the **Hamilton Health Sciences Corporation** was a bold move designed to make the delivery of hospital-based care in our community more effective and efficient.

The **COAST** project, developed by providers in the community and supported by St. Joseph's Hospital, is offering mobile community mental health services and supports to people in crisis.

hospital beds and the shift to shorter stays has placed increasing pressure on community services, including the elective patient transfer system provided by ambulance services. About 40% of ambulance trips are now for people who need transportation from their homes to a hospital for tests or treatments, and many often have to wait for their rides while ambulance crews respond to real emergencies. In the last year, the Central West Emergency Health Services Planning Committee reviewed the elective patient transfer system and recommended ways to improve service and reduce delays and waiting times.

As we implement the CHCP, develop more integrated health systems and focus more on regional planning, we will improve our ability to anticipate needs, and to adapt and adjust services to provide better care.

Finally, a word of thanks to the DHC volunteers. During 1996/97, about 400 people from the community served as Council members, committee members, on task forces and in working groups. On behalf of the community, I would like to thank all of you for your commitment, skills, insights and contributions. Thanks, too, to my colleagues in the office who have supported me in my role as Acting Executive Director and helped make my job manageable. Special thanks to Pat Mandy for her guidance and support.

A handwritten signature in cursive script, reading "Marion Emo". The signature is written in dark ink and is positioned above the printed name and title.

Marion Emo
Acting Executive Director

Highlights 1996/97

Looking to the Future: Integrated Health Systems

In an integrated health system (IHS), family physicians, community health services, long term care services, hospitals and other health care providers work together to provide health services for a group of people. They share the funding or resources, and use them to provide appropriate services, shaping them to meet patients' needs. For example, if an integrated health system had a large number of elderly people, it would invest more resources in services for the elderly (e.g., home care, transportation, meal services.) If the IHS served more young families, it would develop the right services to meet their health needs. An IHS emphasizes accountability, illness prevention and health promotion, and community based care. In an integrated system, health care providers must work together to determine common goals and to meet the community's health needs.

Moving to an IHS will mean some fundamental changes in how health services are organized, funded and delivered. The Ministry of Health is developing a framework to guide IHS development across the province. In 1996/97, the HWDHC formed the Integrated Health Systems Working Group (IHSWG) to help prepare the community for the coming change. Its goal is to improve the community's understanding of IHSs, develop principles for an IHS and prepare a community action plan to support the development of an IHS.

The IHSWG has used several strategies to gather information, including:

- ongoing review of the literature and evolving provincial policy for the IHS
- one-to-one meetings with key stakeholders
- group meetings with a number of stakeholders including the Academy of Medicine, the Joint Liaison Committee, and Standing Committees of Council, among others
- a survey of a broad range of community players on the elements of the IHS
- participation in province-wide focus groups to help the Ministry of Health develop the IHS policy framework.

This process has given Council a better understanding of the community's commitment to an IHS and the range of perspectives on the structure of integrated health systems (e.g., governance, funding, scope of services and management). The Working Group was also able to identify opportunities for a successful transition to an IHS as well as potential leaders.

Council learned that it can best help the community prepare for change by focusing on some of the key functions of an integrated health system, including information networks, effective care practices, case management protocols and primary care initiatives (e.g., 24 hour on-call service, collaborative planning and outcomes assessment). Council will continue to nurture the IHS concept and help the community prepare for change.

Building on Our Strengths: Primary Care

Hamilton-Wentworth is well served by a mix of primary care professionals, primary health care organizations, and community based health services. Most people have a strong relationship with a primary care provider, and prefer to get their care and most of their health information from that person or organization. However, the ability of primary care providers to give proactive and responsive care is being affected by the restructuring and reforms now occurring in the health care system.

To ensure that the primary care sector would have a voice in the changes, the HWDHC established a Primary Care Working Group and commissioned a report on the role of primary care in strengthening the health care system. Council

learned that, to protect primary care and build on its strengths, Hamilton-Wentworth will have to focus on the shift from institution to community and family practice care, disseminate information about these changes, and develop policy to respond to these changes.

Primary care providers will play a key role in:

- promoting health and well-being, preventing disease, maximizing health outcomes and reducing the need for hospitalization
- providing primary care and treatment services
- meeting patients' needs for pre- and post-hospital care.

Given its vital role, the primary care sector should be a major participant in the process of developing integrated health systems that provide seamless patient centred care. Stronger links among family doctors and among the different primary care disciplines will help address the health needs of the population.

Council will continue to work with primary care providers, including public health, the Faculty of Health Sciences, Family Medicine, and community and family practitioners, to advocate for primary care, share information, promote linkages among the various disciplines, and identify and resolve any service gaps. This initiative, which is consistent with Council's commitment to make primary care the cornerstone of integrated health systems, will help ensure stronger, more effective and more co-ordinated primary care.

Primary care is the cornerstone of an integrated health system. It is the first contact most people have with the health system, and the route by which they are referred to other health services. Primary care services have the potential to help people maintain their health, prevent disease or catch and treat problems early. People who receive high quality responsive, proactive primary care are more likely to lead to healthier lives and to avoid or limit their need for complex specialized and costly health services.

Comprehensive Health Care Plan, HWDHC 1996.

Safeguarding the Health of the Next Generation: Children's Services

Children are our future, and our community is intensely interested in improving their health and well-being. The responsibility for children's services is shared among many different organizations, government ministries, and municipal governments. Parents and the health, community and social services, recreation, and education sectors are all involved in children's care.

To provide a healthy physical, social and economic environment that will support healthy child development, all those involved in children's services must work together.

In 1996/97, the HWDHC participated in the Children's Vision Group, a community-wide effort to assess the health and well-being of Hamilton-Wentworth's children as well as develop and co-ordinate services to meet children's broad health needs. The HWDHC also provided administrative and research assistance for the group.

Together the group developed the Hamilton-Wentworth Profile on Children and Youth, a "report card" on child health in Hamilton-Wentworth. Using health indicators, such as juvenile library use, the proportion of low birth weight babies, adolescent participation in physical activities, the number of children in families on social assistance, the number of children in protective care and the rate of youth volunteerism, planners will be able to assess children's health and whether it is improving improving or getting worse over time.

This vital information will be used to develop services that can improve the health and well-being of Hamilton-Wentworth's children and youth. For example, if the report card shows that children are becoming significantly less active physically, the community can put more effort into encouraging physical activity. If more children are growing up in poverty, the community can do more to deal with problems of employment and income. The report card will also provide a way to assess the effectiveness of children's services.

Doing More than Treat Illness: Health Promotion

In its Comprehensive Health Care Plan (CHCP), Hamilton-Wentworth made a commitment to develop a health system that not only treats illness, but *helps people to maintain or improve their health*. With the CHCP, health promotion has become an integral part of all the HWDHC's work.

The community's health depends on many factors, including employment, housing, education, the physical environment, and access to health and social services. To integrate health promotion concepts into planning initiatives, the HWDHC will have to build strong links with schools, social services, workplaces, urban planners, income support programs and other organizations whose work has an impact on our health.

In 1995/96, the Health Promotion Committee, made up of representatives from a range of community organizations, prepared a plan for health promotion in Hamilton-Wentworth. According to their research, the burden of illness is not distributed equally across all in our community, but falls more heavily on those with low incomes and socio-economic status. The plan identified poverty as a key health issue, and recommended that the community work to develop programs and initiatives, based on the principles of empowerment and choice, which would enable people living in poverty to lead healthier lives.

Prior to 1996, when the Ministry of Health administered a health promotion grants program, the HWDHC would review all proposals from its area for their ability to enable people, strengthen community action and build capacity. Now that those funds are no longer available, the community must look for new opportunities to educate the community about health promotion. To assist in this process, the Health Promotion Committee is preparing a report that will help Council and the community integrate health promotion into all aspects of health planning and services.

Building a Caring Community: The Multi-Year Plan for Long-Term Care Services

In the next five to 10 years, the percentage of people over 65 and the number of frail elderly will increase dramatically in Hamilton-Wentworth. As people age, they are more likely to become ill or need some form of ongoing, long-term care. Thanks to advances in medical technology, we are also seeing a marked increase in the number of people who survive traumatic injuries, congenital defects and life threatening diseases. Many may have some form of disability and need ongoing care.

While the need for long-term care is increasing, hospital restructuring and other health service reforms are changing the way people will receive that care. With shorter lengths of hospital stay and more out-patient treatment or surgeries, more people will receive care in their homes or in other community facilities. A growing number of people also prefer to get their care at home or in their community so they can remain independent as long as possible. These changes are putting intense pressure on family, friends and other informal caregivers, as well as on health, social, transportation and housing services.

The Ministry of Health asked DHCs to respond to the changes in long-term care by developing a local consumer-centred planning process. The HWDHC Long-Term Care (LTC) Committee is comprised of service providers, consumers and interested citizens. To develop a plan for long-term care services in the region, the committee used information gathered through recent consultations to develop two reports: *Long-term Care Annual District Service Plan 1997-1998* and a five-year strategic plan for LTC entitled *Multi-Year Plan for Long-Term Care Services In Hamilton-Wentworth*.

The multi-year plan (MYP) is a "living" document that will be adapted based on evaluation outcomes, changes in policy, funding and regulation, and changes in the community's understanding of needs. The plan's 65 recommendations were guided by the belief that an integrated health care system will make more effective and efficient use of resources, and be better able to plan, co-ordinate and deliver services. The MYP:

- proposes a comprehensive, co-ordinated range of services to support independent living including attendant care, homemaking, meal services, grocery shopping, rehabilitation, home adaptation, transportation, and palliative care
- recognizes that the LTC system influences and is influenced by the broader social, economic and political environment (e.g., urban/rural development, environmental health, and citizen safety) and makes a number of recommendations for change in the community, such as improved physical accessibility, safety and security, a healthy environment, enhanced information systems, and adequate human resources
- highlights the need for integrated, affordable, and accessible housing for adults with disabilities, seniors and children with disabilities
- acknowledges the significant role that informal caregivers (i.e., spouses, families, friends) play in providing long-term care, and recommends they receive ongoing support, education, training, and financial resources.

The HWDHC is now developing strategies to communicate and evaluate the MYP recommendations. The process is designed to encourage provider agencies to implement the plan, assess changing needs, and develop mechanisms that will ensure greater accountability.

Promoting Shared Care: Mental Health System Design

The reforms now underway in the mental health system are designed to help more people with mental illness manage well in their communities and avoid hospitalization. It is possible for many people with mental health problems to manage their illness, play a more active role in their own care and enjoy better quality of life as long as they can get a range of appropriate services and supports, such as crisis management, housing, peer support, opportunities to study or work, and support for their family members, when they need them.

To provide timely access to mental health services and to ensure that consumers are able to move easily from one service to another, the HWDHC Mental Health Committee developed the Mental Health System Design. The committee, which includes community and institutional providers, consumers and their families, proposes a “shared care” approach to mental health, in which psychiatrists act as consultants to physicians and mental health and community providers, who would then provide the direct care to people with mental health problems. Through this redesign, the entire health care system would be better able to support people with mental illness.

The system design also recommends:

- a 24-hour action line that people with mental health problems or their families can call anytime
- crisis, case management and peer support services available 24 hours a day
- an assertive outreach team that will seek out people who need mental health services (e.g., homeless people)
- a common process for assessing people and referring them to services
- a directory of mental health services and supports so physicians and others can refer people more appropriately
- a public education program about mental illness, the mental health system and the services and supports available
- more housing choices for people with mental illness, including special housing for adolescents with mental health problems and programs and facilities for elderly people with psychiatric problems
- more vocational opportunities for people living with mental illness
- more self-help, family and peer support initiatives
- strategies for improving efficiency through coordination, common protocols, and service agreements.

The next step is to refine the proposed mental health system design through local and Central West planning processes.

Supporting a Community Initiative to Improve Care: Addictions Services

In 1993, in response to the need for outpatient addictions services identified by the HWDHC, a group of addictions services, other agencies and consumers organized to develop a proposal for these services. In the process, they learned the benefits of communication and a strong working relationship and, in November 1995, the group added some members and formally established itself as the Addiction Services Group (ASG). Its next task was to prepare a presentation on addictions services for the HWDHC Comprehensive Health Care Plan.

District health councils are responsible for health planning, but they do not organize or lead all planning efforts. Many planning initiatives are led by people and organizations in the community who are able to plan and to implement changes. The HWDHC's goal is to support and encourage these efforts. Here is one example of successful community collaboration. The HWDHC provides planning expertise as well as some logistical and secretarial support, but the impetus and focus come from the community.

Then, the ASG began to look at redesigning or restructuring the substance use service system. Members looked for ways to pool their resources, fill gaps, streamline services and provide better care in the community. Since then, the addiction services system has worked toward organizing and delivering service through three service clusters: residential services for men, residential services for women and outpatient services. The ASG is working on a universal screening process, a 24-hour hot-line number for people with substance abuse problems, system wide case management, standardized processes and system-wide accountability. The ASG is also focusing on community priorities such as housing and shared support systems.

During 1996, the Ontario Substance Abuse Bureau of the Ministry of Health launched its Addictions Programs Rationalization Project. However, the ASG had already been actively addressing opportunities to rationalize addiction service planning and delivery. As Hamilton-Wentworth moves to a more integrated health system, the addictions sector will be in strong position to work as an organized entity with the rest of the system.

The success of this group is due to the fact that it is community centred and community driven. The impetus came from the organizations themselves, who saw the potential benefit of working together. The process has been inclusive and proactive. It provides a way for all agencies in the field, regardless of size, to be heard and to have an impact. Substance abuse and treatment issues have gained a higher profile in the community. By working together, members of the ASG have strengthened services and brought more attention to the field.

Responding to Special Requests: Speech Language Planning for Preschoolers

In the May 1996 budget, the provincial government allocated \$10 million a year (to increase to \$20 million annually in future years) to improve speech and language services for preschool children in Ontario. Its goal was to “ensure that

every child who has a speech and language problem is assessed and appropriately treated before entering school. Early intervention is critical to ensure that children are ready to benefit from schooling and to lessen the need for more costly remedial services later.”

Each year, the HWDHC receives a number of requests from the Ministry of Health to provide advice on specific health/service issues. Here's an example of how the HWDHC handled one special request.

Preschool speech and language services are funded by three government ministries: Health, Community and Social Services (MCSS) and Education and Training (MET). The Ministry of Health asked DHCs to organize, in collaboration with the MCSS area offices and the school boards, a community-based process to plan effective preschool speech and language systems, which would include the following components:

- early identification
- simplified access
- common intake
- common protocol/format for assessments
- a range of interventions
- co-ordinated transition planning
- parent support and education services
- public awareness/education.

Since January 1997, Hamilton-Wentworth's Speech and Language Planning Group has worked hard to assess the projected need for preschool speech and language services and to develop a district plan for a creative, co-ordinated, collaborative, integrated, cost-effective and accountable preschool speech and language system. The Group is also in the process of establishing a Preschool Speech and Language Services System Committee, identifying a lead agency to administer the system and a list of priorities in the district plan that cannot be met within the community and require more funding.

To develop its system design and funding enhancement submission, the Speech and Language Planning Group consulted with speech and language service providers in the publicly funded system, as well as some private practitioners. The group also consulted with parent advocacy groups and talked to parents of children with speech and language disorders about how the system works to address their children's needs.

In developing the district plan, the group learned that more effective preschool services could be created by focusing on the whole child. Speech and language needs should be addressed along with any other needs the child may have. An integrated and holistic approach to speech and language services requires new ways of funding and organizing preschool services.

Council and Committees

The following people contributed to the work of the Hamilton-Wentworth District Health Council and its committees between April 1, 1997 and March 31, 1997.

Council

Pat Mandy, Chair	John Eyles	Brian Mullan**
Andrew Boyko	Elize Hartley	Philomena Newberry
Brent Browett	Leslie Higgins**	Grant Shaw
Marvin Caplan	Ray Johnson**	Stan Tick**
Sharon Cavanagh	Ram Kamath	Vacancy
Livio Di Nello*	Don Lamont	Susan Watt, (Past Chair)
Fred Eisenberger	Gerard Mindorff	

* Term ended June 1996

** New member

Executive Committee

Pat Mandy, Chair	Don Lamont	Grant Shaw
Sharon Cavanagh	Gerard Mindorff	
Marion Emo/Susan Goodman	Philomena Newberry	

Nominating Committee

Livio Di Nello, Chair*	Chuck Emberson	Philomena Newberry
Gerard Mindorff, Chair	Marion Emo/Susan Goodman	
Fred Eisenberger	Pat Mandy	

* Term ended June 1996

Integrated Health Systems Working Group

Don Lamont, Chair	John Eyles	Brian Mullan
Brent Browett	Pat Mandy	
Marion Emo/Susan Goodman	Gerard Mindorff	

French Language Services Committee

Elize Hartley, Chair	Anne Gravereaux	Ex-officio:
Robert Bisson	Marie Lynch	Gérard Parent
Lucie Charest-Fuqui	Terry McCarthy	Ministry of Health
Michelle Cooper	Pauline McKinley	
R�nald Daigle	Denise Ross*	Staff:
Marion Emo/Susan Goodman	Linda Vukovich	Micheline Wylde
Jacques Fortin		

* Resigned

Health Services Planning and Review Committee

Gerard Mindorff, Chair	Leslie Higgins	Joanne Skinner
Julia Abelson	Betty Ho	Rita Soluk
Denise Arseneault/Dave Watts	Bob James	Phyllis Turner
June Bain	Marilyn James	Jane Underwood
Karen Belaïre	Pauline McKinley/Tom Lam	Sue Vanderbent
Dean Blackadar	Aina Meyers	
Marion Emo/Susan Goodman	Betty Muggah	Staff:
John Hewson	Mary Seigner	Barry Hallman

Long Term Care Committee

Judith Bishop, Chair	Saïed Mohammed	Marita Zaffiro
Joyce Caygill	Bev Morgan	
Catherine Lewis	Betty Muggah	Ex-officio:
Marion Emo/Susan Goodman	Alfred Scales	Ann Scott
Judith Evans	Helen Semenuk	<i>Long Term Care Area Office</i>
Janet Farell	Mary Sinclair	<i>Central West Region</i>
Harry Freeman	Rita Soluk	
Anne Hardy	Barbara Teal	Staff:
Elize Hartley	Stan Tick	Kathie Clark
Rick Jackman	Mildred Tweddle	Lori Dessau
Helen Johnson	Irene Watson	Corrine Johnston
Neil Johnston	Emmy Weisz	Posie Poushinsky
Jean Jones	Larry Wigle	

Long Term Care Task Group on Adults with Disabilities

Judith Evans, Chair	Harry Freeman	Larry Wigle
Lynda Currie	Matthew Freeman	
Ada Dixon	Donna Imeson	Staff:
Margaret Evenden	Rick Jackman	Lori Dessau
Mary Fawcett	Helen Johnson	
Leslie Fell-Milthorpe	Barbara MacKinnon	

Work completed Dec. 1996

Long Term Care Task Group on Informal Caregivers

Catherine Lewis, Chair	Lynne Edwards	Alfred Scales
Gary Bremer	Dale Marshall	
Gertrude Cetinski	Betty McEntee	Staff:
Liz Conti	Sandi Mugford	Lori Dessau

Work completed Dec. 1996

Long Term Care Task Group on Children

Judith Bishop, Co-Chair
 Barbara Teal, Co-Chair
 Clare Andoff
 Sheley Savelli
 Catherine Flatt

Sandra Knoll
 Saied Mohammed
 Mary Sinclair
 Rita Soluk
 Emmy Weisz

Staff:
 Corrine Johnston

Work completed Dec. 1996

Long Term Care Task Group on Seniors

Irene Watson, Chair
 Barb Carson
 Joyce Caygill
 Joan Cooper
 Lily Dolina
 Janet Farrell

Anne Hardy
 Neil Johnston
 Jean Jones
 Pat Morden
 Bev Morgan
 Patricia Scott

Helen Semenuk
 Mildred Tweddell
 Marita Zaffiro

Staff:
 Corrine Johnston

Work completed Dec. 1996

Mental Health Reform Steering Committee

Philomena Newberry, Chair
 Marla Adams
 John Aziz
 Hal Bushey
 Karen Boland
 Peter Cook
 Ray Daigle
 Kate Davey
 Rosemary Garside
 Helga Kardynalczyk
 Helen McDonagh

Mike Meyer
 Maureen Moore
 Penny Nelligan
 Susan Roach
 Fiona Robertson
 John Schalkwyk
 Gerit Taeger
 Alfred Tofani
 Phyllis Turner
 Fiona Wilson

Ex-officio:
 Nick Kates
Regional Psychiatry Program
 Len May/Pauline McKinley
Hamilton Psychiatric Hospital
 Dennis Pegoraro
Ministry of Health

Staff:
 Maggie Fischbuch
 Posie Poushinsky

Mental Health Case Management Implementation Planning Group

Penny Nelligan, Chair
 Maggie Boulter
 Peter E. Cook
 Dianne Doherty
 Robert Foster

Karen Fraser
 Marilyn Jewel
 Ray Kalnins/Dianne Doherty
 Brother Richard McPhee
 Sharon Orovan

Phyllis Turner
 Kathleen Ward

Staff:
 Posie Poushinsky

Mental Health Housing Implementation Planning Group

Phyllis Turner, Chair	Linda Follows	Alfred Tofani
Marla Adams	Jane Gillman	Kathleen Ward
Roy Bennett	Jackie Gordon	
Kelly Burnside	Helen Kirkpatrick	Staff:
Dennis DeSalvo	Bruce Knighton	Posie Poushinsky
Janice Duda	Fred Luis	
Sheri Foley	Ruth Schofield	

Mental Health Governance Implementation Planning Group

Maggie Fischbuch, Chair	Mike Meyer	Staff:
Gloria Kain	Brian Mullan	Posie Poushinsky
Nick Kates	Fiona Wilson	
Len May	Alan Whittle	

Work completed Dec.1996

24 Hour Mental Health Action Line Implementation Planning Group

Susan Roach, Chair	Mike Quinn	Major Linda White
Debbie Bang	Lesley Russell	
Rick Jackman	Bill Schweitzar	Staff:
Maureen Moore	Gerit Taeger	Posie Poushinsky

Mental Health Protocol Implementation Planning Group

Dody Bienenstock, Chair	Joel Goldberg	Staff:
Anne Marie Crustolo	Penny Nelligan	Posie Poushinsky
Robert Foster	Phyllis Turner	

Work completed Dec.1996

Mental Health Meaningful Activity Group

Robert Foster, Chair	Joel Goldberg	Kathy Renick
Bonnie Baillie	Hania Ksenycz	Matthew Sircelj
Karen Boland	Holly Carnegie-Letcher	Fiona Wilson
Frank Brick	Michael McDonagh	Harriet Woodside
Monty Dinally	Gary Mersereau	Ed Zicarewski
Peter Druska	Ivy Morton	
Richard Dudzinski	Gary Muntz	Staff:
Jonquil Eyre	Flavia Tranquilli-Nardini	Posie Poushinsky
Dominic Fazio	Dennis Pegoraro	
Dawnna Griesse	Kim Pimm	

Mental Health System Design Working Group

Maggie Fischbuch, Chair (Staff)	Russell Joffe	Judy Santone
Dody Bienenstock	Gloria Kain	Penny Nelligan
Karen Boland	Nick Kates	Gerit Taeger
Peter Cook	Len May	Phyllis Turner
Ray Daigle	Helen McDonagh	Staff:
Robert Foster	Maureen Moore	Posie Poushinsky
Rosemary Garside	Mel Perlmutter	
	Geoffrey Purdell-Lewis	

Work completed Dec. 1996

Health Promotion Committee

Sharon Cavanagh, Chair	Shelley Rempel**	Suzanne Swanton*
Debbie Bang	Ann Scott	Staff:
Helen Hale Tomasik	Mary Seigner	Maggie Fischbuch
Andy Murie*	Debbie Sheehan**	

* *Resigned 1997*

** *New members*

Speech Language Planning Group

Ray Johnson, Chair	Glenda Kehoe	Meg Petkoff
Claire Andoff	Jean Lillie	Ritva Saunders
Elizabeth Bader	Jackie MacCuish	Ruth Schofield
Anita Bernstein	Bill Mahoney	Pat Senft
Sue Bramberger	Don Mandryk	Wanda St. Francois
Norma Christensen	Grace Mater	Mary Vasilak
Jeni Darling	Martha McLaughlin	Kathleen Walker
Cindy Earle	Genevieve McMurdie	Ruth Wells
Marni Flaherty	Ramona Mileris	Kim Wylie
Brenda Giavedoni	Catherine Morel	Joyce Zembal
Linda Hancock	Barb Nicholls	Staff:
Susan Honeyman	Linda Nickele	Maggie Fischbuch
Diane Husack	Basiliki Passaretti	

Primary Care Working Group

Debbie Bang	Marilyn James	Betty Muggah
Sharon Cavanagh	Robert James	Gerry Smith
May Cohen	Cheryl Levitt	Staff:
Jennifer Everson	Helen MacDonald	Maggie Fischbuch
Brian Hutchinson	Richard MacPhee	

Central West Emergency Health Services Advisory Committee

Myra Britton	Working Groups:	Ex-officio:
Brent Browett	Agao Beurklian	Al Erlenbusch
Al Duffin	Liz Bint	<i>Ministry of Health</i>
Marion Emo/Susan Goodman	Janet Brunton	Ernie Jones
Colleen Jones*	Lisa Chandler	<i>Ministry of Health</i>
Charles Longeway	Ken Green	Jim King
Lorie Luinstra	Charles Longeway	<i>Ministry of Health</i>
Barbara Mead	Ken Rees	
Lynne Molyneux	Scott Robinson	Staff:
Sheila Pollard	Ellen Rollens	Ernie Jodoin
Charlene Sandilands	Bernie Sibbing	
Frank Scallan	Julie Spencer	
Carolyn Skimson		
John Tallon*		
Terry Wilder		

* *Resigned during the year*

Central West Regional Trauma Network Subcommittee

Frank Baillie	Carol Jones	Ex-officio:
Lorna Banting	Barbara Mead	Ernie Jones
Susan Beckermann	Lynne Molyneux	<i>Ministry of Health</i>
Agostino Bellissimo	Dwight Prodger	Jim King
Lisa Chandler	Karon Sinning*	<i>Ministry of Health</i>
Linda Dayler	Mark Walton	Ernie Jodoin
Marion Emo/Susan Goodman-	Amy Ireland	<i>Central West Emergency</i>
Mary Fawcett		<i>Health Services Planning</i>
Dianne Henderson		
		Staff:
		Barry Hallman

* *Resigned June 1997*

Health Action Task Force

Ray Johnson (Chair)	Olga Roman	Mary Beth Valentine
Bill Barnes	Leila Ryan	<i>Ministry of Health</i>
Susan Brown		Susan Watt
Nancy DiGregorio	Ex-officio:	<i>Past Chair of HWDHC</i>
Chuck Emberson	Susan Goodman	
Suzanne Mlekuz	<i>HWDHC</i>	Project Managers:
Joe Peterson	Mike McEwen	Brenda Couch
Ines Rios	<i>Ministry of Health</i>	Marion Emo

Work completed May 1996

Hamilton-Wentworth District Health Council Staff

Core Staff:

Susan Goodman *	Executive Director
Marion Emo	Acting Executive Director
Maggie Fischbuch	Senior Health Planner
Maureen Kreisig	Secretary
Wanda Mayo	Bookkeeper
Janice Schreiber	Office Manager
Amanda Shanks	Secretary

Project Staff:

Kathy Brown **	Health Planner, Mental Health Reform
Agao Beurklian	Student
Kathie Clark ***	Health Planner, Long Term Care
Brenda Couch **	Project Co-ordinator
Christina Davino **	Secretary Special Projects
Lori Dessau **	Health Planner
Patricia Famely **	Planning Assistant
Wendy Fries **	Secretary Special Projects
Barry Hallman	Health Planner
Corrine Johnston	Health Planner
Ernest Jodoin	Planner: Central West Emergency Health Services Planning
Charlotte Kisaka **	Secretary Special Project
Betty McConnell	Secretary Special Projects
Betty Paolini	Secretary Special Projects
Posie Poushinsky	Health Planner, Long Term Care/Mental Health
Sue Vanderbent	Practicum Jan. to March 1997
Micheline Wylde	Co-ordinator, French Language Services

Consultants:

Jean Bacon
 Fran Scott
 Hay Group
 National Public Relations

Facilitation Support:

Elaine Burgess

* On secondment to the Ministry of Health from Dec. 1996

** Contract ended in 1996

*** Resigned in 1996

HWDHC Reports

Each year, the Hamilton-Wentworth District Health Council (HWDHC) publishes a number of reports on health and planning issues. Copies of these reports are available from the HWDHC.

Addictions

Addictions Implementation Task Force Final Report, 1993

Comprehensive Health Care Plan

Our Health, Our Future: A Comprehensive Health Care Plan for Hamilton-Wentworth, May 1996
Analysis of Requirements for Acute Care Hospitals in Hamilton-Wentworth, March 1996
Facility Assessment Reports of Hospitals in the Hamilton Region, Vol. 1 to 4, March 1996
Health Action Task Force Working Paper on Integration, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Community Profile, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Open Consultation, February, 1996
Health Action Task Force Working Paper on Human Resources, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Primary Care, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Continuing Care, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Mental Health, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Land Ambulance Services, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Hospital-based Emergency Services, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Acute Care, March 1996
Potential Shared Services — Opportunities for Hamilton Hospitals, February 1996.
Rehabilitation Services in Hamilton-Wentworth, March 1996

Emergency Services

Hamilton-Wentworth District Health Council Emergency Services Review, 1992

French Language Services

French Language Services in Hamilton-Wentworth, prepared for the Health Action Task Force, January 1996

Health Promotion

Health Promotion Plan, September 1995
Report of the Healthy Communities Planning Committee, 1994

Institutions

District Health Council Reviews of Hospital Operating Plan Reports 91/92 through 97/98

Long Term Care

A Report on the Communication and Evaluation of the Long Term Care Multi-Year Plan, 1997
Long Term Care Annual District Service Plan 1996 - 1997
Long Term Care Annual District Service Plan 1997 - 1998
Long-Term Care Multi-Service Agency System for Hamilton-Wentworth, July 1995
Multi-Year Plan for Long Term Care Services in Hamilton-Wentworth, 1997

Mental Health

Community Investment Fund Implementation Plan for Hamilton-Wentworth, August 1995
Mental Health System Design and Executive Summary, February 1997

Speech and Language

Environmental Scan of Preschool Speech & Language Services, December 1996
Overview of the Service Delivery System for Speech Language Services for Pre-school Children - Parent Survey, April 1997
Overview of the Service Delivery System for Speech Language Services for Pre-school Children - Provider Survey, March 1997

Central West Reports

In its collaborative work with other DHCs in the Central West Region, the HWDHC helps to prepare and produce a number of reports on regional health and planning issues. Copies of these reports are also available from the HWDHC.

Central West Emergency Health Services

Brant County Ambulance Cardiac Call Study, 1995
Brant County Ambulance Response Time Study Phase II, February 1997
Central West Elective Patient Transport Review, October 1995
Haldimand-Norfolk Ambulance Response Time Study, January 1997
Halton-Mississauga Ambulance Response Time Study, October 1996
Proposal for a Multi-Patient Transport Unit - Niagara/Hamilton Transfer Corridor, 1996
Review of Response Time Optimization Techniques - Pre-Hospital System, 1995
The Injury Picture in Central West, February 1994

Central West Regional Trauma Network

Anatomy of a Trauma Workshop Report, June 1995
Review of the Repatriation Process for Trauma Patients in Central West Region, October 1995
Review of the Central West Trauma Communication Tool, April 1997

Other Reports

Each year, the HWDHC participates with other groups and organizations in the community on reports. During 1996/97, the HWDHC contributed to the following reports.

Addiction Services Group Report, 1996

Hamilton-Wentworth Profile on Children and Youth, November 1996

Joint Response from the DHC and SPRC to the Draft Regional Official Plan, May 1996

Response of the Addiction Services Group to the Substance Abuse Rationalization Project, March 1997

Central West Diabetes Services Plan, June 1996

In addition, copies of the following reports are available from the Hamilton-Wentworth District Health Council:

Ontario Substance Abuse Rationalization Project, April 1997

Mental Health Issues in Central West, District Variations in the Need for and Supply of Services, May 1996



**Deloitte & Touche
Chartered Accountants**

The Standard Life Centre
120 King Street West
Suite 1150
Hamilton, Ontario L8P 4V2

Telephone: (905) 523-6770
Facsimile: (905) 523-7808

Auditors' Report

To the Directors of
Hamilton-Wentworth District Health Council

We have audited the balance sheet of Hamilton-Wentworth District Health Council as at March 31, 1997 and the statement of revenue and expenses for the year then ended. These financial statements are the responsibility of the Council's management. Our responsibility is to express an opinion on these financial statements based on our audit.

We conducted our audit in accordance with generally accepted auditing standards. Those standards require that we plan and perform an audit to obtain reasonable assurance whether the financial statements are free of material misstatement. An audit includes examining, on a test basis, evidence supporting the amounts and disclosures in the financial statements. An audit also includes assessing the accounting principles used and significant estimates made by management, as well as evaluating the overall financial statement presentation.

In our opinion, these financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of the Council as at March 31, 1997 and the results of its operations and the changes in its financial position for the year then ended in accordance with generally accepted accounting principles.

Chartered Accountants

May 8, 1997

HAMILTON-WENTWORTH DISTRICT HEALTH COUNCIL
Statement of Revenue and Expenses
year ended March 31, 1997

	1997	1996
REVENUE		
Ontario Ministry of Health	\$ 563,253	\$ 607,500
EXPENSES		
Salaries	301,744	351,073
Fringe benefits	54,610	62,529
Office rental	104,372	95,256
Printing and stationery	5,630	16,945
Postage	3,382	3,149
Telephone and fax	7,783	6,039
Meetings	6,680	8,450
Travel		
Council	4,841	4,497
Staff	6,345	6,273
Audit, legal and accounting	4,885	4,966
Consulting fees	2,250	3,050
Association of District Health Councils of Ontario		
membership fees	7,175	14,819
Memberships and journals	2,764	1,958
Insurance	925	914
Office equipment rental	12,410	9,096
Miscellaneous	145	398
Equipment and furniture	7,869	16,179
Advertising	3,446	1,767
	537,256	607,358
	25,997	142
OTHER INCOME		
Interest income - net of bank charges	21,835	39,899
Miscellaneous	80	140
	47,912	40,181
INTEREST INCOME - net due to Ontario Ministry of Health (Note 3)	(21,835)	(39,899)
EXCESS OF REVENUE OVER EXPENSES -		
DUE TO ONTARIO MINISTRY OF HEALTH (Note 3)	\$ 26,077	\$ 282


HAMILTON-WENTWORTH DISTRICT HEALTH COUNCIL

Balance Sheet

as at March 31, 1997

	1997	1996
ASSETS		
CURRENT		
Cash	\$ 242,855	\$ 833,190
Short-term investments	385,429	275,104
Accounts receivable	3,634	21,204
	\$ 631,918	\$ 1,129,498
LIABILITIES		
CURRENT		
Accounts payable and accrued liabilities	\$ 31,339	\$ 104,657
Due to Ontario Ministry of Health (Note 3)	47,912	16,520
Due to Special Task Force Studies (Note 4)	547,667	1,003,321
	626,918	1,124,498
EQUITY		
Working capital retained	5,000	5,000
	\$ 631,918	\$ 1,129,498

APPROVED BY THE BOARD

 Director

 Director

CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DE HAMILTON-WENTWORTH

Bilan se terminant le 31 mars 1997

	1997	1996
Actif à court terme		
Encaisse	\$ 242,855	\$ 833,190
PlACEMENT À COURT TERME	385,429	275,104
Comptes fournisseurs	3,634	21,204
	\$ 631,918	\$ 1,129,498
Passif à court terme		
Comptes créditeurs et frais courus	\$ 31,339	\$ 104,658
Sommes dues du ministère de la Santé de l'Ontario (Note 3)	47,912	16,520
Sommes affectées aux études spéciales effectuées par les groupes de travail (Note 4)	547,667	1,003,320
Intérêts	626,918	1,124,498
Surplus affecté au fonds de roulement	5,000	5,000
	\$ 631,918	\$ 1,129,498

Au nom du Conseil :

M. J. Smith

(Directrice générale)

Patricia Smith

(Présidente du Conseil)

CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DE HAMILTON-WENTWORTH

Bilan se terminant le 31 mars 1997

Revenus :		Ministère de la Santé de l'Ontario	
1996	1997	\$ 563,253	\$ 607,500
Dépenses :			
Salaires	301,744	351,073	
Avantages sociaux	54,610	62,529	
Location des bureaux	104,372	95,256	
Imprimerie et papeterie	5,630	16,945	
Poste	3,382	3,149	
Téléphone et télécopieur	7,783	6,039	
Réunions	6,680	8,450	
Frais de déplacement - membres du Conseil	4,841	4,497	
Frais de déplacement - membres du personnel	6,345	6,273	
Frais de vérification comptable - légal/vérification	4,885	4,966	
Frais de consultation	2,250	3,050	
Association des Conseils Régionaux de Santé de l'Ontario	7,175	14,819	
cotisation	2,764	1,958	
Frais d'adhésion et d'abonnement	925	914	
Assurances	12,410	9,096	
Location d'équipement de bureau	145	398	
Divers	7,869	16,179	
Equipement et meubles	3,446	1,767	
Publicité	537,256	607,358	
Autres revenus :			
Intérêts créditeurs - après déduction des frais bancaires	21,835	39,899	
Revenus - programme fondamental	80	140	
Intérêts créditeurs - montant dû au ministère de la santé	47,912	40,181	
de l'Ontario (Note 3)	(21,835)	(39,899)	
Excédent de revenus sur les dépenses (ou de dépenses sur les revenus) - Sommes à verser (ou dues) par le ministère de la Santé de l'Ontario (Note 3)			
\$ 26,077	\$	282	

Autres rapports

Chaque année, le CRSHW participe à l'élaboration de rapports en collaboration avec d'autres groupes et organisations. Dans la période 1996/97, le CRSHW a contribué à la production des rapports suivants:

Addiction Services Group Report, 1996
Hamilton-Wentworth Profile on Children and Youth, November 1996
Joint Response from the DHC and SPRC to the Draft Regional Official Plan, May 1996
Response of the Addiction Services Group to the Substance Abuse Rationalization Project, March 1997
Central West Diabetes Services Plan, June 1996

De plus, les rapports suivants sont disponibles aux bureaux du CRSHW (en anglais seulement).

Ontario Substance Abuse Rationalization Project, April 1997
Mental Health Issues in Central West, District Variations in the Need for and Supply of Services, May 1996

Soins de longue durée

A Report on the Communication and Evaluation of the Long Term Care Multi-Year Plan, 1997
 Long Term Care Annual District Service Plan 1996 - 1997
 Long Term Care Annual District Service Plan 1997 - 1998
 Long-Term Care Multi-Service Agency System for Hamilton-Wentworth, July 1995
 Multi-Year Plan for Long Term Care Services in Hamilton-Wentworth, 1997

Santé mentale

Rapport sur la conception d'un réseau de services de santé mentale: Sommaire
 Community Investment Fund Implementation Plan for Hamilton-Wentworth, August 1995
 Mental Health System Design and Executive Summary, February 1997

Orthophonie

Environmental Scan of Preschool Speech & Language Services, December 1996
 Overview of the Service Delivery System for Speech Language Services for Pre-school Children - Parent Survey, April 1997
 Overview of the Service Delivery System for Speech Language Services for Pre-school Children - Provider Survey, March 1997

Rapports de la région de Centre-ouest

En collaboration avec d'autres CRS dans la région du Centre-ouest, le CRSHW aide à préparer et à produire nombres de rapports sur des questions de santé et de planification au niveau régional. Ces rapports sont également disponibles aux bureaux du CRSHW.

Services de soins urgents du Centre-ouest

Brant County Ambulance Cardiac Call Study, 1995
 Brant County Ambulance Response Time Study Phase II, February 1997
 Central West Elective Patient Transport Review, October 1995
 Haldimand-Norfolk Ambulance Response Time Study, January 1997
 Hathon-Mississauga Ambulance Response Time Study, October 1996
 Proposal for a Multi-Patient Transport Unit - Niagara/Hamilton Transfer Corridor, 1996
 Review of Response Time Optimization Techniques - Pre-Hospital System, 1995
 The Injury Picture in Central West, February 1994

Réseau régional de services de traumatologie de la région Centre-ouest

Anatomy of a Trauma Workshop Report, June 1995
 Review of the Repatriation Process for Trauma Patients in Central West Region, October 1995
 Review of the Central West Trauma Communication Tool, April 1997

Rapports du CRSHW

Chaque année, le Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth (CRSHW) fait paraître nombres de rapports sur des questions de santé et de planification. Des copies de ces rapports sont disponibles aux bureaux du CRSHW. (En anglais seulement)

La toxicomanie

Addictions Implementation Task Force Final Report, 1993

Le plan global de services de santé

Notre santé, notre future: un plan global de soins de santé. Sommaire
Our Health, Our Future: A Comprehensive Health Care Plan for Hamilton-Wentworth, May 1996
Analysis of Requirements for Acute Care Hospitals in Hamilton-Wentworth, March 1996
Facility Assessment Reports of Hospitals in the Hamilton Region, Vol. 1 to 4, March 1996
Health Action Task Force Working Paper on Integration, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Community Profile, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Open Consultation, February, 1996
Health Action Task Force Working Paper on Human Resources, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Primary Care, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Continuing Care, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Mental Health, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Land Ambulance Services, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Hospital-based Emergency Services, February 1996
Health Action Task Force Working Paper on Acute Care, March 1996
Potential Shared Services — Opportunities for Hamilton Hospitals, February 1996.
Rehabilitation Services in Hamilton-Wentworth, March 1996

Soins d'urgence

Hamilton-Wentworth District Health Council Emergency Services Review, 1992

Services en français

French Language Services in Hamilton-Wentworth, prepared for the Health Action Task Force, January 1996

Promotion de la santé

Health Promotion Plan, September 1995
Report of the Healthy Communities Planning Committee, 1994

Les institutions

District Health Council Reviews of Hospital Operating Plan Reports 91/92 through 97/98

Membres du personnel du Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth

Core Staff:

Susan Goodman *

Marion Emo

Maggie Fischbuch

Maureen Kreisig

Wanda Mayo

Janice Schreiber

Amanda Shanks

Project Staff:

Kathy Brown

Agao Beurklian ***

Kathie Clark **

Brenda Couch **

Christina Davino **

Lori Dessau **

Patricia Famely **

Wendy Fries

Barry Hallman

Cortne Johnston

Ernest Jodoin **

Charlote Kisaka

Betty McConnell

Betty Paolini

Posie Poushinsky

Sue Vanderbent

Michelle Wyde

Consultants:

Jean Bacon

Fran Scott

Hay Group

National Public Relations

Facilitation Support:

Elaine Burgess

* affectée au ministère de la Santé depuis décembre 1996

** fin de son contrat, 1996

*** a démissionné en 1996

Executive Director
Acting Executive Director
Senior Health Planner
Secretary
Bookkeeper
Office Manager
Secretary

Health Planner, Mental Health Reform
Student
Health Planner, Long Term Care
Project Co-ordinator
Secretary Special Projects
Health Planner
Secretary Special Projects
Planning Assistant
Secretary Special Projects
Health Planner
Planner: Central West Emergency Health Services Planning
Secretary Special Project
Secretary Special Projects
Secretary Special Projects
Health Planner, Long Term Care/Mental Health
Practicum Jan. to March 1997
Co-ordinator, French Language Services

Comité consultatif des services de santé d'urgence pour le Centre-Ouest

Myra Britton	Working Groups:	Ex-officio:
Brent Browett	Agao Beurklian	Al Erlenbusch
Al Duffin	Liz Bint	ministère de la Santé
Marion Emo/Susan Goodman*	Janet Brunton	ministère de la Santé
Colleen Jones	Lisa Chandler	ministère de la Santé
Charles Longeway	Ken Green	Jim King
Lorie Luinstra	Charles Longeway	ministère de la Santé
Barbara Mead	Ken Rees	
Lynne Molyneux	Scott Robinson	Staff :
Sheila Pollard	Ellen Rollens	Ernie Jodoin
Charlene Sandilands	Bernie Sibbing	
Frank Scallan	Julie Spencer	
Carolyn Skimson*		
John Tallon		
Terry Wilder		

* a démissionné

Sous-comité du réseau des services de traumatologie région du Centre-Ouest

Frank Baillie	Carol Jones	Ex-officio:
Lorna Banting	Barbara Mead	Ernie Jones
Susan Beckermann	Lynne Molyneux	ministère de la Santé
Agostino Bellissimo	Dwight Prodeger*	Jim King
Lisa Chandler	Karon Sinning	ministère de la Santé
Linda Dayler	Mark Walton	Ernie Jodoin
Marion Emo/Susan Goodman-	Amy Ireland	Central West Emergency
Mary Fawcett		Health Services Planning
Dianne Henderson		Staff:
		Barry Hallman

* a démissionné

Equipe de travail Action-santé

Ray Johnson (Chair)	Ex-officio:	Chefs de projets :
Bill Barnes	Susan Goodman	Brenda Couch
Susan Brown	CRSHW	Marion Emo
Nancy DiGregorio	Mike McEwen	
Chuck Emberson	ministère de la Santé	
Suzanne Mlekuz	Mary Beth Valentine	
Joe Peterson	ministère de la Santé	
Ines Rios	Susan Watt	
Olga Roman	présidente-sortante du	
Leila Ryan	CRSHW	

A finit son mandat en mai 1996

Groupe de travail de la conception d'un système de santé mentale

Maggie Fischbuch, Chair	Russell Joffe	Judy Santone
(Staff)	Gloria Kain	Penny Nelligan
Dody Bienenslock	Nick Kates	Gert Taeger
Karen Boland	Len May	Phyllis Turner
Peter Cook	Helen McDonagh	Staff:
Ray Daigle	Maureen Moore	Posie Poushinsky
Robert Foster	Mel Perlmutter	
Rosemary Garside	Geoffrey Purdell-Lewis	

fini son mandat en décembre 1996

Comité de promotion de la santé

Sharon Cavanagh, Chair	Shelley Rempel**	Suzanne Swanton*
Debbie Bang	Ann Scott	
Helen Hale Tomasik	Mary Seigner	Staff:
Andy Murie*	Debbie Sheehan**	Maggie Fischbuch

* a démissionné 1997

** nouveaux membres

Groupe de planification des services d'orthophonie

Ray Johnson, Chair	Glenda Kehoe	Meg Petkoff
Claire Andoff	Jean Lillie	Riva Saunders
Elizabeth Beader	Jackie MacCush	Ruth Schofield
Anita Bernstein	Bill Mahoney	Pat Senfi
Sue Bramberger	Don Mandryk	Wanda St. Francois
Norma Christensen	Grace Mater	Mary Vasilak
Jeni Darling	Martha McLaughlin	Kathleen Walker
Cindy Earle	Genevieve McMurdie	Ruth Wells
Marni Flaherty	Ramona Milleris	Kim Wylie
Brenda Givcedoni	Catherine Morel	Joyce Zembal
Linda Hancock	Barb Nicholls	Staff:
Susan Honeyman	Linda Nickle	Maggie Fischbuch
Diane Husack	Basiliki Passarelli	

Groupe de travail des soins primaires

Debbie Bang	Marilyn James	Betty Muggah
Sharon Cavanagh	Robert James	Gerry Smith
May Cohen	Cheryl Levitt	Staff:
Jennifer Everson	Helen MacDonald	Maggie Fischbuch
Brian Hutchinson	Richard MacPhee	

Groupe de planification pour l'implantation de services de logement en santé mentale

Phyllis Turner, Chair	Linda Follows	Alfred Toftani
Marla Adams	Jane Gillman	Kathleen Ward
Roy Bennett	Jackie Gordon	
Kelly Burnside	Helen Kirkpatrick	Staff:
Dennis DeSalvo	Bruce Knighton	Posie Poushinsky
Janice Duda	Fred Luis	
Sheri Foley	Ruth Schofield	

Groupe de planification pour l'implantation d'un système de gouvernance en santé mentale

Maggie Fischbuch, Chair	Mike Meyer	Staff:
Gloria Kain	Brian Mullan	Posie Poushinsky
Nick Kates	Fiona Wilson	
Len May	Alan Whittle	

A finit son mandat en décembre 1996

Groupe de planification pour l'implantation de la ligne d'assistance téléphonique en santé mentale

Susan Roach, Chair	Mike Quinn	Major Linda White
Debbie Bang	Lesley Russell	
Rick Jackman	Bill Schweitzar	Staff:
Maureen Moore	Gert Taege	Posie Poushinsky

Groupe de planification pour l'implantation de protocoles en santé mentale

Dody Bienensstock, Chair	Joel Goldberg	Staff:
Anne Marie Crustolo	Penny Nelligan	Posie Poushinsky
Robert Foster	Phyllis Turner	

A finit son mandat en décembre 1996

Groupe de travail des activités valorisantes en santé mentale

Robert Foster, Chair	Joel Goldberg	Kathy Renick
Bonnie Bailie	Hania Ksenycz	Matthew Sircelj
Karen Bolland	Holly Carnegie-Letcher	Fiona Wilson
Frank Brick	Michael McDonagh	Harriet Woodside
Monty Dinally	Gary Mersereau	Ed Zaczarewski
Peter Druska	Ivy Morton	
Richard Dudzinski	Gary Muntz	Staff:
Jonquil Eyre	Flavia Tranquilli-Nardini	Posie Poushinsky
Dominic Fazio	Dennis Pegoraro	
Dawna Griesse	Kim Pimm	

Groupe de travail des soins de longue durée pour enfants

Judith Bishop, Co-Chair	Sandra Knoll	Staff:	Corrine Johnston
Barbara Teal, Co-Chair	Saed Mohammed		
Clare Andoff	Mary Sinclair		
Shelley Savelli	Rita Soluk		
Catherine Flatt	Emmy Weisz		

A finit son mandat en décembre 1996

Groupe de travail des soins de longue durée pour les aînés

Irene Watson, Chair	Anne Hardy	Helen Semenuk	
Barb Carson	Neil Johnston	Mildred Twedell	
Joyce Caygill	Jean Jones	Marita Zaffiro	
Joan Cooper	Pat Morden		
Lily Dollina	Bev Morgan	Staff:	Corrine Johnston
Janet Farrell	Patricia Scott		

A finit son mandat en décembre 1996

Comité directeur sur la réforme des services de santé mentale

Philomena Newberry, Chair	Mike Meyer	Maureen Moore	Penny Nelligan	Susan Roach	Fiona Robertson	John Schalkwyk	Gerrit Taege	Alfred Tofani	Phyllis Turner	Fiona Wilson	Staff:	Maggie Fischbuch	Posie Poushinsky
Marla Adams													
John Aziz													
Hal Bushey													
Karen Bolland													
Peter Cook													
Ray Daigle													
Kate Davey													
Rosemary Garside													
Helga Kardynalczyk													
Helen McDonagh													

Groupe de planification pour l'implantation de services de gestion de cas en santé mentale

Penny Nelligan, Chair	Karen Fraser	Marilyn Jewel	Ray Kalhins/Dianne Doherty	Brother Richard McPhee	Sharon Orovian	Staff:	Posie Poushinsky
Maggie Boulter							
Peter E. Cook							
Dianne Doherty							
Robert Foster							

Comité de planification et de révision des services de santé

Gerard Mindorff, Chair	Leslie Higgins	Joanne Skinner
Julia Abelson	Betty Ho	Rita Soluk
Denise Arsenaull/Dave Wallis	Bob James	Phyllis Turner
June Bain	Marilyn James	Jane Underwood
Karen Belaire	Pauline McKinley/Tom Lam	Sue Vanderbent
Dean Blackadar	Aina Meyers	Staff:
Marion Emo/Susan Goodman	Betty Mughah	Barry Hallman
John Hewson	Mary Seigner	

Comité de soins de longue durée

Judith Bishop, Chair	Saied Mohammed	Marita Zaffiro
Joyce Caygill	Bev Morgan	Ex-officio:
Catherine Lewis	Betty Mughah	Ann Scott
Marion Emo/Susan Goodman	Alfred Scales	Bureau régional des soins de longue durée, Région Centre- Ouest
Judith Evans	Helen Semenuk	Staff:
Janel Farell	Mary Sinclair	Kathie Clark
Harry Freeman	Rita Soluk	Lori Dessau
Anne Hardy	Barbara Teal	Corrine Johnston
Elize Hartley	Stan Tick	Posie Poushinsky
Rick Jackman	Mildred Tweddle	
Helen Johnson	Irene Watson	
Neil Johnston	Emily Weisz	
Jean Jones	Larry Wigle	

Groupe de travail des soins de longue durée pour adultes avec des déficiences physiques

Judith Evans, Chair	Harry Freeman	Larry Wigle
Lynnda Currie	Mathew Freeman	Staff:
Ada Dixon	Donna Imeson	Lori Dessau
Margaret Evenden	Rick Jackman	
Mary Fawcett	Helen Johnson	
Leslie Fell-Milthorpe	Barbara MacKinnon	

A finit son mandat en décembre 1996

Groupe de travail des soins de longue durée pour soignants informels

Catherine Lewis, Chair	Lynne Edwards	Alfred Scales
Gary Bremner	Dale Marshall	Staff:
Gertude Cetinski	Betty McEntee	Lori Dessau
Liz Conti	Sandi Mugford	

A finit son mandat en décembre 1996

Le Conseil et ses comités

Les personnes suivantes ont contribué au travail du Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth et ses comités entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997.

Le Conseil

Pat Mandy, Chair	John Eyles	Brian Mullan**
Andrew Boyko	Elize Hartley	Philomena Newberry
Brent Browett	Leslie Higgs**	Grant Shaw
Marvin Caplan	Ray Johnson**	Stan Tick**
Sharon Cavanagh	Ram Kamath	Vacancy
Livio Di Nello*	Don Lamont	Susan Watt, (Past Chair)
Fred Eisenberger	Gerard Mindorff	

* fin du mandat, juin 1996

** nouveaux membres

Comité exécutif

Pat Mandy, Chair	Don Lamont	Grant Shaw
Sharon Cavanagh	Gerard Mindorff	
Marion Emo/Susan Goodman	Philomena Newberry	

Comité des candidatures

Livio Di Nello, Chair*	Chuck Emberson	Philomena Newberry
Gerard Mindorff, Chair	Marion Emo/Susan Goodman	
Fred Eisenberger	Pat Mandy	

* fin du mandat, juin 1996

Groupe de travail pour les systèmes de santé intégrés

Don Lamont, Chair	John Eyles	Brian Mullan
Brent Browett	Pat Mandy	
Marion Emo/Susan Goodman	Gerard Mindorff	

Comité des services en français

Elize Hartley, Chair	Anne Cravereaux	Ex-officio: Gérard Parent
Robert Bisson	Marie Lynch	
Lucie Charest-Fugère	Terry McCarthy	Ministry of Health
Michelle Cooper	Pauline McKinley*	
Rénald Daigle	Denise Ross	Staff:
Marion Emo/Susan Goodman	Linda Vukovich	Michelle Wyde
Jacques Fortin		

* a démissionné

La réponse aux demandes spéciales : la planification des services d'orthophonie à l'intention des enfants d'âge préscolaire

Dans son budget du mois de mai 1996, le gouvernement provincial a affecté 10 millions \$ par an (augmentation à 20 millions \$ dans les années à venir) pour améliorer les services d'orthophonie aux enfants ontariens d'âge préscolaire afin que tous les enfants ayant des difficultés de parole ou de langage soient évalués et reçoivent un traitement approprié avant d'entrer à l'école. Une intervention précocce est essentielle pour que les enfants en question soient prêts à profiter de leur instruction à l'école, et pour réduire le besoin de services d'orthopédagogie très chers à l'avenir.

Chaque année, le CRSHW reçoit plusieurs demandes du ministère de la Santé, qui l'invitent à donner des conseils concernant des enjeux particuliers de la santé ou des services. Voici un exemple d'une demande spéciale.

Les services d'orthophonie pour enfants d'âge préscolaire sont financés par trois ministères du gouvernement provincial : Santé, Services sociaux et communautaires, et Éducation et Formation. Le ministère de la Santé a donc demandé aux CRS d'organiser, de concert avec les bureaux régionaux du ministère des Services sociaux et communautaires et avec les conseils scolaires, une démarche communautaire qui puisse assurer la planification de systèmes efficaces de services d'orthophonie pour enfants d'âge préscolaire. De tels systèmes auraient notamment les composantes suivantes :

- le dépistage précocce;
- l'accès simplifié;
- l'accueil commun;
- un protocole et un format communs pour les évaluations;
- un éventail d'interventions;
- une planification coordonnée de la transition;
- des services de soutien et d'éducation à l'intention des parents;
- la sensibilisation et l'éducation du public.

Depuis janvier 1997, le Groupe de planification des services d'orthophonie de Hamilton-Wentworth a travaillé fort pour évaluer le besoin prévu des services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire et pour élaborer un plan de district d'implantation d'un système de services d'orthophonie pour enfants d'âge préscolaire qui soit créatif, coordonné, axé sur la collaboration, intégré, rentable et imputable. Le Groupe est en train d'établir un Comité de planification du système de services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire, dont les membres comprendraient un organisme directeur pour administrer le système et dresser une liste de priorités dans le plan de district auxquelles la communauté ne saurait répondre et qui exigent de plus amples crédits.

Pour mettre au point sa soumission concernant la conception d'un système et l'amélioration du financement, le Groupe de planification des services d'orthophonie a consulté les prestataires de services d'orthophonie dans le système financé à même les deniers publics, et a abordé également certains professionnels du secteur privé. Ils ont consulté des groupes de parents qui s'occupaient de la défense des droits, et ils ont parlé à des parents d'enfants ayant des troubles de la parole ou du langage, pour savoir comment le système fonctionnait pour répondre aux besoins de leurs enfants.

En élaborant le plan de district, le Groupe a souligné que les services destinés aux enfants d'âge préscolaire devraient mettre l'accent sur les besoins de l'enfant en tant que personne, et en tenant compte de tous leurs autres besoins. Pour pouvoir adopter une démarche plus intégrée et holistique pour le traitement des enfants d'âge préscolaire il faut trouver de meilleurs moyens de financer et d'organiser ces services.

Appuyer un projet communautaire visant à améliorer les soins : Services de toxicomanie

En 1993, après que le CRSHW a

déterminé la nécessité de mettre sur pied des services de toxicomanie en consultation externe, un groupe

formé de prestataires de services de

toxicomanie, d'autres organismes et

d'usagers a élaboré une proposition

pour la mise sur pied de tels services.

Pendant le processus, les membres

du groupe se sont rendu compte des

avantages de la communication et

d'une bonne relation de travail. En

novembre 1995, par suite de l'ajout

de quelques membres, le groupe a

décidé de s'établir formellement en

tant que Groupe sur les services de

toxicomanie (GST). Son nouveau mandat consistait à préparer un rapport sur les services de toxicomanie qui devrait être inclus dans le plan détaillé global des soins de santé du CRSHW.

Le GST s'est ensuite attaqué à la reconception ou à la restructuring du système de services

de toxicomanie. Les membres ont examiné des façons de regrouper leurs ressources, de com-

bler les lacunes, de rationaliser les services et de fournir de meilleurs soins dans la commu-

naute. Depuis lors, le système de services de toxicomanie a travaillé à l'organisation et à la

prestation de services répartis en trois groupes : les services en établissement pour les

hommes, les services en établissement pour les femmes et les services en consultation externe.

Le GST travaille également pour soutenir la mise en place d'un processus commun d'évalu-

ation, d'un service d'aide téléphonique jour et nuit pour les personnes ayant des problèmes de

toxicomanie, d'une méthode de gestion de cas à l'échelle du système, de processus stand-

ardisés et la responsabilisation de tous les éléments du système. Le GST met l'accent sur les

priorités de la communauté, telles que l'accès aux logements et aux réseaux de soutien

partagé.

En 1996, Le bureau Ontarien de toxicomanie du ministère de la Santé a lancé son Projet de ra-

tionalisation des programmes de toxicomanie. Cependant le GST avait déjà commencé à iden-

tifier les occasions pour rationaliser la planification et de la prestation des services de

toxicomanie dans la communauté. Tandis que la région de Hamilton-Wentworth se dirige

vers un système de santé plus intégré, le secteur de la toxicomanie sera bien placé pour tra-

vailer avec le reste du système.

La réussite du groupe est attribuable au fait qu'il est axé sur la communauté et mené par la

communauté. L'élan est venu des organismes eux-mêmes, car ils ont vu les avantages poten-

tiels de la collaboration. Le processus est exhaustif et proactif. Il permet à tous les organis-

mes dans le domaine, peu importe leur taille, d'avoir voix au chapitre. La question des

toxicomanies et des traitements est de plus en plus d'actualité dans la communauté. En tra-

villant ensemble, les membres ont renforcé les services et attiré une plus grande attention sur

le domaine.

Les conseils régionaux de santé sont responsables de la planification de la santé. Toutefois, ils n'organisent pas et ne dirigent pas tous les travaux de planification. Bon nombre de projets de planification sont dirigés par des membres et des organismes de la communauté qui sont en mesure de planifier et de mettre en oeuvre les changements. L'objectif du CRSHW consiste à appuyer et à encourager ces projets. Voici un exemple de collaboration communautaire réussie. Le CRSHW fournit l'expertise en matière de planification ainsi qu'un certain soutien logistique et de secretariat, mais c'est la communauté qui donne l'élan et l'orientation.

Promouvoir le partage des soins : Conception d'un système de services de santé mentale

Les réformes qui sont en cours dans le système de services de santé mentale visent à aider un plus grand nombre de personnes ayant une maladie mentale à bien vivre dans leur communauté et à éviter l'hospitalisation. Pour beaucoup de personnes ayant des troubles de santé mentale, il est possible de prendre en charge leurs troubles, de participer plus activement à leurs soins et d'avoir une meilleure qualité de vie pourvu qu'elles puissent obtenir, quand elles en ont besoin, une gamme de services appropriés de santé mentale et de soutien, comme l'intervention en cas de crise, un logement, un soutien entre pairs, des possibilités de formation et de travail et un soutien pour les membres de leur famille.

Afin de fournir un accès opportun aux services de santé mentale et de garantir que les usagers peuvent passer facilement d'un service à un autre, le Comité des services de santé mentale du CRSHW a élaboré un modèle de système de services de santé mentale. Le Comité, qui est formé de prestataires de services communautaires et en établissement, d'usagers et de membres des familles, propose le partage des soins comme approche aux services de santé mentale. Selon cette approche, les psychiatres agiraient comme consultants auprès des médecins, des prestataires de services de santé mentale et des prestataires de services communautaires, qui eux fourniraient les soins directs aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Avec ce nouveau modèle, tout le système de soins de santé serait plus en mesure de soutenir les personnes ayant une maladie mentale.

Le modèle recommande également :

- la mise sur pied d'un service d'aide téléphonique jour et nuit pour les personnes ayant des troubles de santé mentale et leur famille;
- la disponibilité jour et nuit de services d'intervention en cas de crise, de gestion de cas et de soutien entre pairs;
- la mise sur pied d'une équipe itinérante dynamique qui dépistera les personnes qui ont besoin de services de santé mentale (p. ex., les sans-abri);
- la mise en place d'un processus commun d'évaluation et d'aiguillage;
- la création d'un répertoire des services de santé mentale et des services de soutien afin que les médecins et les autres intervenants puissent mieux aiguiller les personnes;
- la mise sur pied d'un programme d'éducation publique sur la santé mentale, le système de services de santé mentale ainsi que les services de santé mentale et les services de soutien offerts;
- l'élargissement des possibilités de logement pour les personnes ayant une maladie mentale, y compris des logements spéciaux pour les adolescents ayant des troubles de santé mentale de même que des programmes et des établissements pour les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques;
- l'accroissement des possibilités professionnelles pour les personnes ayant une maladie mentale ainsi que la mise sur pied d'un plus grand nombre de programmes d'entraide, de soutien aux familles et de soutien entre pairs;
- l'élaboration de stratégies pour améliorer l'efficacité grâce à la coordination, à des protocoles communs et à des ententes de service.

La prochaine étape consiste à parfaire le modèle proposé de système de services de santé mentale par l'intermédiaire des processus de planification locale et dans le Centre-Ouest.

Bâtir une communauté bienveillante : Plan pluriannuel des services de soins de longue durée

Au cours des 5 à 10 prochaines années, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans et le nombre de personnes âgées augmenteront dans la région. En vieillissant, les gens sont plus susceptibles d'être malades et d'avoir besoin d'une forme quelconque de soins continus de longue durée. Grâce à l'avancement des techniques médicales, un nombre plus élevé de personnes survivent à des traumatismes, à des anomalies congénitales et à des maladies qui mettent leur vie en danger. Beaucoup peuvent nécessiter des soins continus.

Tandis que le besoin de soins de longue durée augmente, la restructuration des hôpitaux et la réforme des autres services de santé modifient la façon dont les gens recevront des soins. Avec les séjours à l'hôpital plus courts et l'utilisation des services de consultation externe pour les traitements et les chirurgies, plus de gens recevront des soins à domicile ou dans la communauté. De plus, un nombre croissant de personnes préfèrent recevoir leurs soins de cette façon, car elles peuvent ainsi demeurer autonomes. Ces changements exercent une énorme pression sur la famille, les amis et les autres soignants informels de même que sur les services sociaux et les services de santé, de transport et de logement.

Le ministère de la Santé a demandé aux CRS de réagir aux changements survenant dans le secteur des soins de longue durée en mettant en place un processus de planification locale axé sur les usagers. Le Comité des soins de longue durée du CRSHW est formé de prestataires de services, d'usagers et de citoyens intéressés. Pour élaborer un plan de services de soins de longue durée dans la région, le Comité a rencontré des centaines de personnes, d'organismes et de groupes dans Hamilton-Wentworth et a développé plusieurs rapports basés sur le *Long-Term Care Annual District Service Plan 1997-1998* et leur plan stratégique quinquennal intitulé *Multi-Year Plan for Long-Term Care Services in Hamilton-Wentworth*.

Le plan pluriannuel est un document qui sera adapté en fonction des résultats de l'évaluation, des modifications apportées aux politiques, au financement et aux règlements ainsi que des changements dans la compréhension des besoins dans la communauté. Les 65 recommandations contenues dans le plan s'appuient sur la croyance qu'un système de santé intégré utilisera plus efficacement les ressources et pourra mieux planifier, coordonner et offrir les services. Le plan pluriannuel :

- propose une gamme complète et coordonnée de services qui appuieront la vie autonome, y compris les services d'auxiliaires, d'aides familiales, de repas et d'épicerie, la réadaptation, l'adaptation du domicile, le transport et les soins palliatifs;
- reconnaît que le système de soins de longue durée influence l'environnement social, économique et politique en général (p. ex., développement urbain et rural, santé environnementale et sécurité des citoyens) et recommande certains changements dans la communauté, comme une plus grande accessibilité pour les personnes ayant des déficiences physiques, une meilleure sécurité, un environnement sain, de meilleurs systèmes d'information et des ressources humaines adéquates;
- souligne la nécessité d'avoir des logements intégrés, abordables et accessibles pour les adultes et les enfants ayant des déficiences ainsi que pour les personnes âgées;
- reconnaît le rôle important que jouent les soignants informels (c.-à-d., les conjoints, les familles et les amis) dans la prestation des soins de longue durée et recommande qu'ils reçoivent du soutien, de l'éducation et un appui financier continus.

Le CRSHW élabore des stratégies pour évaluer les recommandations contenues dans le plan pluriannuel. Le processus vise à encourager les prestataires à mettre en oeuvre le plan, à évaluer les besoins changeants et à mettre en place des mécanismes qui garantiront une plus grande responsabilisation.

Faire plus que traiter les maladies : La promotion de la santé

Dans son Plan global de services de santé, le CRS de Hamilton-Wentworth s'est engagé à mettre au point un système de services de santé qui puisse non seulement traiter les maladies, mais aussi aider les gens à maintenir ou à améliorer leur santé. Avec l'adoption du PGSS, la promotion de la santé fait dorénavant partie intégrante de toutes les activités du CRSHW.

La santé de la communauté est tributaire de nombreux facteurs, y compris l'emploi, le logement, l'éducation, le milieu physique, et l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Pour intégrer les concepts de la promotion de la santé aux initiatives de planification, le CRSHW devra nouer des liens étroits avec les écoles, les services sociaux, les lieux de travail, les urbanistes, les programmes de soutien du revenu et d'autres organisations dont le travail exerce une influence sur notre santé.

En 1995-1996, le Comité de la promotion de la santé, composé de représentants d'une grande gamme d'organismes communautaires, a préparé un plan pour la promotion de la santé dans la région de Hamilton-Wentworth. Selon les recherches effectuées par le comité, le fardeau de la maladie n'est pas réparti de façon uniforme partout dans notre collectivité. En effet, les personnes à faible revenu ou qui occupent un rang socio-économique assez bas en assument une part disproportionnée. Le plan de promotion de la santé avait révélé que la pauvreté est l'une des problématiques majeures de la santé, et par conséquent, on a recommandé que la collectivité travaille à l'élaboration des programmes et des initiatives qui, fondés sur les principes de la responsabilisation et du choix, permettraient aux défavorisés de mener une vie plus saine.

Avant 1996, chaque fois que le ministère de la Santé administrait un programme de subventions pour la promotion de la santé, le CRSHW révisait toutes les propositions provenant de son territoire, en vue d'obtenir des subventions pour la promotion de la santé en fonction de la possibilité de donner des forces aux personnes, de renforcer l'action communautaire et d'augmenter la capacité d'agir. Maintenant que ces subventions ne sont plus disponibles, la collectivité devra repérer d'autres occasions de promouvoir la santé. Le Comité de promotion de la santé prépare un rapport qui aidera le Conseil et la communauté à intégrer la promotion de la santé dans la planification des soins et les services de santé.

La sauvegarde de la santé de la prochaine génération : Les services aux enfants

Les enfants représentent notre avenir, et par conséquent, notre communauté s'intéresse énormément à l'amélioration de leur santé et de leur mieux-être. Cependant, les responsabilités à l'égard des services aux enfants sont partagées par de nombreux organismes, ministères et gouvernements municipaux. Parmi les intervenants qui s'occupent très sérieusement des soins pour enfants, on retrouve les parents ainsi que les secteurs de la santé, des services sociaux et communautaires, de la récréation et de l'éducation.

Tous les partenaires qui s'intéressent aux services pour enfants doivent collaborer en vue de faire naître un milieu salubre sur les plans physique, social et économique.

En 1996-1997, le CRSHW a participé au Groupe de la vision pour enfants, une initiative qui, à l'échelle de la collectivité, a cherché à évaluer la santé et le mieux-être des enfants de Hamilton-Wentworth, et à mettre au point et coordonner des services pour répondre aux besoins généraux des enfants en matière de services de santé. En outre, le CRSHW a mis les services d'administrateurs et de chercheurs à la disposition du Groupe.

Grâce à une démarche de collaboration, le Groupe de la vision pour enfants a pu élaborer le Profil des enfants et des jeunes de Hamilton-Wentworth, qui est essentiellement un bilan de la santé des enfants dans la région. Les responsables de la planification pourront évaluer l'état de la santé de la population des enfants et déterminer l'évolution, avec le temps, de cet état pour le mieux ou pour le pire grâce à toute une série d'indicateurs de la santé : l'utilisation des bibliothèques par les jeunes; la proportion des bébés ayant un faible poids de naissance; la participation des adolescents et adolescentes à des activités physiques; le nombre d'enfants dans des familles qui vivent de l'assistance sociale; le nombre d'enfants en garde protégée; le taux de participation des jeunes aux activités bénévoles.

Cette information vitale servira à mettre au point des services qui puissent améliorer la santé et le mieux-être des enfants et des jeunes de la région de Hamilton-Wentworth. Si, par exemple, le bilan révèle une baisse importante de l'activité physique chez les enfants, la collectivité pourra consacrer plus d'efforts à l'encouragement de l'activité physique; et si un plus grand nombre d'enfants grandissent dans la pauvreté, la communauté pourra faire plus pour résoudre les problèmes de l'emploi et des revenus. Finalement, le bilan fournira un moyen d'évaluer l'efficacité des services destinés aux enfants.

Profiter de nos forces : Les soins primaires

La région de Hamilton-Wentworth est bien servie par un ensemble de professionnels des soins primaires, d'organismes prestataires de soins de santé primaires et de services de santé communautaires. La plupart des gens ont des liens très étroits avec un prestataire de soins primaires, et préfèrent obtenir des soins et la plupart des renseignements sur la santé auprès de cette personne ou organisation.

Cependant, la restructuration et les réformes qui se poursuivent dans le système des soins de santé nuisent à la capacité des prestataires de soins primaires d'offrir des soins sensibles et proactifs.

Pour s'assurer que le secteur des soins primaires aurait voix au chapitre en ce qui concerne les changements proposés, le CRSHW a mis sur pied un Groupe de travail sur les soins primaires, et a commandité un rapport concernant l'incidence de la réforme des soins de santé sur les soins primaires. Ce groupe de travail souligne que pour protéger les soins

primaires et mettre leurs atouts à contribution, la région de Hamilton-Wentworth devra mettre l'accent sur les conséquences du virage des soins en établissement communautaires ou familiaux ainsi que sur les occasions de cette évolution présente. En outre, la région devra diffuser des informations concernant ces changements, décider qui en a vraiment besoin, et élaborer des politiques pour répondre à cette évolution. Les prestataires de soins primaires joueront un rôle de premier plan dans plusieurs domaines : promotion de la santé et du mieux-être; prévention des maladies; optimisation des résultats obtenus par les services de santé; réduction des besoins d'hospitalisation; prestation de soins primaires et de services de traitement, pour répondre aux besoins des clients en matière de soins avant et après le séjour à l'hôpital.

Étant donné son rôle vital, le secteur des soins primaires devrait être un grand participant à la démarche d'élaboration de systèmes de santé intégrés qui puissent offrir une gamme initier-rompue de soins axés sur les clients. Des liens plus solides entre les médecins familiaux et entre les différentes disciplines des soins primaires aideront à répondre aux besoins de la population en matière de services de santé.

Le Conseil continuera de travailler avec les prestataires de soins primaires, y compris les intervenants en santé publique, la Faculté des sciences de la santé, les services de médecine familiale et les praticiens communautaires et familiaux, afin de promouvoir les soins primaires, partager des données, encourager des liaisons parmi les différentes disciplines, et repérer et combler toute lacune de service. Cette initiative, qui cadre bien avec l'engagement qu'a pris le Conseil de faire des soins primaires la pierre angulaire des systèmes de santé intégrés, aidera à assurer la prestation de soins primaires plus dynamiques, plus efficaces et mieux coordonnés.

Points sayants 1996/97

Perspectives d'avenir : Les systèmes de santé intégrés

Dans un système de santé intégré (SSI), les médecins familiaux, les services de santé communautaires, les services de soins de longue durée, les hôpitaux et les autres prestataires des soins de santé travaillent ensemble pour fournir des services de santé à un groupe de personnes. Tous ces intervenants partagent les fonds et les autres ressources, et s'en servent pour assurer des services appropriés les adaptant pour répondre aux besoins des clients. Si, par exemple, un système de santé intégré devait s'occuper d'un grand nombre de personnes âgées, il placerait une plus grande part de ses ressources dans des services pour aînés, (p. ex., les soins à domicile, les services de transport et les repas). En revanche, si le SSI desservait beaucoup plus de jeunes familles, il mettrait au point les services nécessaires pour répondre aux besoins de cette population en matière de soins de santé. Un système de santé intégré met l'accent sur l'imputabilité entre les partenaires du système, la prévention des maladies, la promotion de la santé et les soins communautaires. Dans un système de santé intégré, les fournisseurs de services de santé doivent travailler ensemble pour se fixer des buts communs et pour répondre aux besoins de la communauté.

L'évolution vers un SSI entraînera des modifications fondamentales en ce qui concerne l'organisation, le financement et la prestation des services de santé. Par conséquent, le ministère de la Santé est en train de préparer un cadre qui guidera le développement des SSI à travers la province. En 1996-1997, le CRSHW a mis sur pied le Groupe de travail sur les systèmes de santé intégrés (GTSSI) et lui a demandé de préparer la communauté pour les changements qui s'en viennent. Le but du GTSSI est de permettre aux membres de la collectivité de mieux comprendre les SSI, d'élaborer des principes pour l'implantation d'un SSI, et de dresser un plan d'action communautaire pour appuyer la mise au point d'un tel organisme.

Le GTSSI a employé plusieurs stratégies pour réunir des données, entre autres :

- l'examen, en permanence, de la documentation pertinente et de l'évolution des politiques provinciales relatives aux SSI;
- des rencontres individuelles avec les partenaires clés;
- des réunions collectives avec plusieurs intervenants, y compris l'Académie de médecine, le Comité mixte de liaison et les comités permanents du Conseil;
- le sondage d'un grand éventail d'intervenants communautaires concernant les éléments du SSI; et
- la participation à des groupes de discussion à l'échelle de la province, pour aider le ministère de la Santé à élaborer son cadre de politiques touchant les SSI.

La démarche a permis au Conseil de mieux comprendre l'engagement de la communauté en faveur d'un SSI ainsi que les différentes perspectives sur la structure des systèmes de santé intégrés (p. ex., gouvernance, financement, portée des services et administration). En outre, le Groupe de travail a pu identifier des possibilités pour une bonne transition à un SSI, ainsi que des chefs éventuels.


Le Conseil a appris que la meilleure façon d'aider la collectivité à se préparer pour le changement serait de mettre en vedette quelques fonctions clés d'un système de santé intégré telles que réseaux d'information, pratiques efficaces en matière de prestation des soins, protocoles de gestion de cas et initiatives dans le domaine des soins primaires (p. ex., service d'appel jour et nuit, planification axée sur la collaboration et évaluation des résultats). Le Conseil continuera de promouvoir la notion d'un SSI et d'aider la communauté à se préparer pour le changement.

qui s'occupent principalement des traumatisés et tous les hôpitaux communautaires de la région du Centre-Ouest. Grâce à cette amélioration, les hôpitaux recevront des données précises et uniformes, et les personnes traitées dans les services d'urgence bénéficieront de meilleurs soins.

Les réformes qui sont en cours dans le système de santé font que des changements apportés à un secteur auront nécessairement des conséquences pour les autres secteurs. Par conséquent, la capacité de planifier et de s'adapter, sur le plan local et à l'échelle de la région, devient plus en plus importante. Ainsi, la réduction du nombre de lits d'hôpital et le virage en faveur de séjours plus courts ont alourdi le fardeau que doivent assumer les services communautaires, et notamment le système de transfert, par les services d'ambulance, de clients pour qui un traitement facultatif est prévu. À l'heure actuelle, environ 40 p. 100 des trajets d'ambulance se font pour les personnes qui ont besoin d'être transportées de leur domicile à un hôpital, pour y subir des épreuves ou recevoir un traitement. Souvent, ces personnes doivent attendre pendant que les équipes d'ambulanciers s'occupent de véritables urgences. L'année dernière, le Comité de planification des services de santé d'urgence du Centre-Ouest a révisé le système de transfert des clients pour qui un traitement facultatif est prévu, et a recommandé des moyens d'améliorer les services et de réduire les retards et les périodes d'attente.

À mesure que nous mettrons en oeuvre le PGSS, développerons des systèmes de services de santé plus intégrés et mettrons l'accent davantage sur la planification régionale, nous améliorerons notre capacité de prévoir les besoins futurs et, par conséquent, d'adapter et d'ajuster les services en vue d'offrir de meilleurs soins.

Finalement, je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les bénévoles du CRS. En 1996-1997, environ 400 personnes de notre communauté ont travaillé chez nous comme membres du Conseil, des comités, des groupes d'étude et des groupes de travail. Au nom de toute la communauté, je vous remercie tous de votre engagement, de vos compétences, de vos réflexions et de toutes vos autres contributions. Je veux remercier aussi mes collègues au bureau du CRS, qui m'ont appuyée dans mon travail de directrice générale par intérêt, et qui m'ont grandement aidée à m'acquitter de mes tâches. Finalement, je remercie Mme Pat Mandy de ses conseils et de son soutien.


Marion Emo
La directrice générale

- La Faculté des sciences de santé, le Département de la santé publique, les services de médecine familiale et le Conseil régional de santé collaborent à une démarche de promotion des soins primaires.

Que dire au sujet de l'avenir ? À ce stade de son histoire, le Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth, comme toutes les autres composantes du système de santé, doit affronter les conséquences de la réforme et de la restructuration. En janvier 1997, le groupe d'étude du gouvernement sur les agences, les conseils et les commissions a réaffirmé les rôles des CRS et a recommandé une restructuration des CRS pour assurer l'adoption d'une démarche plus unitaire et à plus grande portée, à l'échelle des régions et par rapport à toute une gamme de services de santé. La restructuration des CRS devrait les rendre pour aptes à planifier et à coordonner les services de santé.

Au cours des derniers mois, le CRSHW a collaboré avec d'autres conseils régionaux de santé (CRS) dans la région du Centre-Ouest, afin d'élaborer une soumission sur la restructuration des CRS par eux-mêmes. Le ministère de la Santé va réviser toutes les propositions et les options, entre autres la fusion de certains CRS ou une nouvelle définition des limites géographiques des régions de planification. D'ici quelques mois, le nombre et la structure des CRS seront peut-être différents, mais ces organismes continueront de s'acquitter de leur rôle comme planificateurs des services de santé.

Le CRSHW reconnaît depuis longtemps la valeur d'une planification régionale, et a joué un rôle dynamique dans les projets de planification de la région du Centre-Ouest. Plusieurs projets de planification régionale se poursuivent d'ailleurs à partir de nos bureaux. Au cours de l'exercice 1996-1997, le Réseau régional des services aux traumatisés a mis au point des moyens d'améliorer les communications entre les hôpitaux

Reconnaissance de nos partenaires dans la communauté

Le CRS de Hamilton-Wentworth aimerait reconnaître et applaudir quelques-unes des organisations qui, en 1996-1997, ont participé à des projets passionnants et innovateurs, destinés à renforcer notre système de soins de santé :

Le Hamilton Urban Core Community Health Centre se prépare un établissement permanent dans l'ancienne gare d'autocars de Hamilton, pour offrir toute une gamme de services de santé aux habitants des quartiers centraux de la ville.

Les membres du Groupe de travail sur les services de toxicomanie travaillent en vue de forger des liens plus solides entre les prestataires des services de santé mentale et ceux qui assurent des services d'intervention en toxicomanie, un résultat direct de leur collaboration

Le Centre de santé communautaire Hamilton-Wentworth Niagara, qui dessert la communauté francophone, a déménagé à un nouvel emplacement. Le Centre offrira un éventail de services, y compris le travail social, les soins infirmiers, la promotion de la santé, les services de nutrition et la prévention des agressions.

HappIN, un projet de réseau intégré d'information-santé visant l'implantation d'un système intégré d'information sur la santé qui dotera le système de soins de santé de Hamilton-Wentworth d'une capacité à la fois sûre et efficace de communication et de partage des renseignements, créera un conseil d'administration par intérim.

La Coalition of Community Health and Support Services fête 15 années de réussites. Elle a entre autres collaboré à la planification de services afin de répondre aux besoins des personnes âgées, des personnes ayant une déficience et des personnes ayant des besoins spéciaux.

Le Projet de médecine familiale de Hamilton-Wentworth, une initiative très prometteuse dirigée par les départements de médecine familiale, travaille en vue d'intégrer les soins primaires à d'autres secteurs du système de soins de santé.

La fusion volontaire des hôpitaux Chedoke-McMaster et des hôpitaux Hamilton Civic, qui a mené à la création de la nouvelle Corporation des sciences de santé de Hamilton, est un geste hardi destiné à permettre, dans notre collectivité, une prestation plus efficace et plus efficiente des soins offerts en milieu hospitalier.

Conçu par des fournisseurs dans la communauté et appuyé par l'hôpital St. Joseph, le projet COAST offre des services communautaires mobiles de santé mentale ainsi qu'un appui aux personnes en période de crise.

Message de la directrice générale

Le Plan global des soins de santé de Hamilton-Wentworth nous offre de nouvelles perspectives sur la santé et sur les services de santé, et nous propose une nouvelle méthode de gérer et de gouverner le système pour que nos services de santé soient complets, sensibles et responsables. Les organismes qui planifient les services de santé et en assurent la prestation devront changer en fonction de l'évolution du système de santé lui-même, et pour cette raison, nous devons tous évaluer, d'un oeil critique, nos compétences et nos habilités, la façon dont nous travaillons et le rôle que nous devons jouer dans un système de services de santé conçu pour offrir le bon service au bon endroit, au moment opportun et au prix convenable.

Pendant l'exercice 1996-1997, les membres du Conseil ont examiné de près la façon dont nous dirigeons nos affaires et des moyens de faire un meilleur usage des compétences, du savoir et du temps de nos membres. À partir d'un sondage des membres, nous avons décidé que le Conseil devrait :

- élaborer des stratégies de communication plus efficaces, pour aider les citoyennes et les citoyens de Hamilton-Wentworth ainsi que les prestataires de soins de santé dans la région à mieux comprendre le rôle du CRSHW et les buts du PGSS, ce qui leur permettra de préparer les changements prévus pour le système de santé;
- réviser le programme d'orientation pour les membres nouvellement nommés au Conseil, pour qu'ils connaissent mieux tous les aspects des programmes du CRS, des politiques en matière de santé et de la démarche d'établissement des budgets; et
- changer la structure et l'ordre du jour des réunions du Conseil pour donner aux membres plus de temps pour discuter et débattre les questions de politiques.

Dans le cadre de nos nouveaux efforts de communiquer avec la communauté, la présidente du Conseil, notre Directrice générale qui est affectée temporairement au ministère de la Santé et moi-même avons rencontré les politiciens municipaux, régionaux et provinciaux de Hamilton-Wentworth ainsi que les présidents et les directeurs généraux du Réseau universitaire des soins de santé. Nous avons également fait des présentations à des conseils municipaux. En outre, bien des comités et groupes de travail du Conseil ont élaboré des stratégies d'approche pour améliorer les communications avec le public et avec les prestataires de services de santé. Ainsi, le Groupe de travail sur les systèmes intégrés a rencontré et consulté des groupes et personnes clés dans la communauté, et a effectué un sondage auprès de plus de 200 personnes.

Par ailleurs, nous essayons quelque chose de nouveau en offrant le présent rapport annuel. Au lieu d'énumérer, tout simplement, les comités du CRS et d'en expliquer le fonctionnement, nous mettons en vedette quelques-unes de nos activités clés. Ainsi, nous espérons que le rapport sur l'exercice passé aidera nos citoyennes et citoyens à comprendre ce que fait le CRSHW et comment notre travail influence la santé et le mieux-être de la collectivité. Nous espérons d'ailleurs qu'avec le temps, le rapport annuel du CRS évoluera pour devenir un bilan de l'état du système de santé, et servira de plan global des soins de santé pour la communauté.

Le Conseil est plus efficace lorsqu'il travaille en étroite collaboration avec la collectivité. Au cours de l'année dernière, le Conseil a continué de participer, avec des intervenants communautaires, à plusieurs initiatives ou projets de concertation. Par exemple :

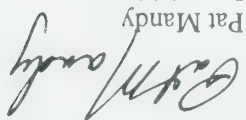
- Pour élaborer le profil sur les enfants et les jeunes de Hamilton-Wentworth, le CRSHW a travaillé avec des personnes et des organisations intéressées par ce projet, afin de préciser les indicateurs que nous pouvons utiliser pour surveiller la santé et le mieux-être de nos enfants et de notre jeunesse.
- Le CRSHW a travaillé en étroite collaboration avec d'autres conseils régionaux de santé, avec les bureaux de santé de la région et avec le Réseau de l'information sur la planification des services de santé du Centre-Ouest en vue d'élaborer des stratégies pour surveiller et évaluer l'évolution du système de services de santé.

Le PGSS était la réponse que la région de Hamilton-Wentworth a donnée à la demande de conseils que le ministre de la Santé avait formulée au sujet de la restructuration des services hospitaliers. Cependant, le PGSS est allé plus loin en recommandant des moyens d'organiser, de renforcer et de gérer le système de soins de santé dans son ensemble. Le PGSS, accompli, fut soumis à la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), une organisation indépendante établi par le gouvernement de l'Ontario pour prendre des décisions concernant la restructuration des hôpitaux et d'autres aspects du système de soins de santé. La Commission utilisera la PGSS, notre rapport sommaire, les soumissions d'autres organismes de santé dans la communauté, des entrevues avec des membres de la collectivité et ses propres analyses pour décider de l'avenir de nos services de santé. Quel que soit le déroulement de cette affaire, nous croyons que cette communauté a fait un excellent travail en présentant les arguments en faveur du genre de système de soins de santé que nous souhaitons.

La prochaine année sera extrêmement exigeante et posera beaucoup de défis, pour le Conseil et pour le personnel. Dans un avenir rapproché, la Commission de restructuration des services de santé prendra des décisions relatives à la configuration des hôpitaux dans notre collectivité, et la réforme des soins primaires suivra sous peu. Or l'investissement dans les services communautaires ne suit pas le rythme de la restructuration des hôpitaux, et les organisations communautaires craignent la détérioration de la qualité et de l'accessibilité de leurs services. Les modifications que l'on propose d'apporter au financement des services de santé publics risquent d'avoir des retombées sur tous les programmes de santé publique. Le changement, si souhaitable soit-il, aura une incidence sur la santé des personnes et de la communauté entière, et l'on aura à en payer le prix. Des emplois seront perdus, des vies seront dérangées et des personnes seront déplacées.

Dans ce contexte d'évolution et de réforme rapides, le Conseil continuera de travailler pour engager les habitants de la région de Hamilton-Wentworth dans la planification des services de santé qui répondront aux besoins de la communauté en matière de soins de santé, mettront à contribution la capacité de la collectivité et maintiendront le système de soins de santé maintenant et à l'avenir.

Je tiens à remercier les membres et le personnel du Conseil du grand engagement dont ils ont fait preuve au cours d'une année très chargée et difficile. Les membres du Conseil étaient consciencieux et prodiguaient leur temps et leurs connaissances pour prendre des décisions dans le meilleur intérêt du public et de la collectivité. Le personnel quant à lui a su créer un équilibre entre les différentes tâches auxquelles il devait consacrer son temps, et a exécuté son travail avec le plus grand professionnalisme. Tout particulièrement, je veux remercier M^{me} Susan Goodman et M^{me} Marion Emo du soutien et de l'aide qu'elles m'ont données pour mener à bien ma présidence du Conseil. Je m'attends avec plaisir à travailler avec le Conseil et le personnel au cours de l'année prochaine.


Pat Mandy
La présidente

Message de la présidente

Ma présidence du Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth (CRSHW) a constitué à la fois un privilège et un défi, car elle s'est déroulée à une époque où le système des soins de santé évoluait de façon rapide et spectaculaire. Nous avons su mettre au point d'excellents services de soins de santé, mais ceux-ci sont extrêmement chers. On demande donc à nous tous de travailler plus efficacement et de trouver de meilleurs moyens de fournir des soins de la même qualité, voire supérieure.

Il me plaît de pouvoir vous dire que notre communauté n'attend pas de se voir imposer des changements, mais est allée de l'avant pour concevoir et mettre au point le genre de système de soins de santé que nous désirons et dont nous avons besoin. Au cours de l'exercice 1995-1996, le Conseil a travaillé avec acharnement pour élaborer son Plan global de soins de santé (PGSS), qui propose un nouveau modèle pour notre système de services de santé. Plus de 700 membres de la collectivité ont participé directement à l'élaboration du plan, lequel vise à aider la région de Hamilton-Wentworth à développer:

un système intégré de programmes et services de santé qui aident les gens à maintenir ou à améliorer leur santé, qui assure une intervention efficace en cas de maladie ou d'accident, qui appuie ceux et celles qui ont besoin de soins permanents, et qui assure la prestation des services appropriés, au bon endroit, en temps opportun et au prix juste.

Le plan a recommandé que pour parvenir à l'établissement de ce système intégré, la région de Hamilton-Wentworth :

- renforce les soins primaires (c.-à-d. les services que les citoyennes et citoyens reçoivent de leurs médecins familiaux, des organismes prestataires de services de santé et des centres de santé communautaires);
- améliore les soins de longue durée (c.-à-d. les programmes et services, tels que les soins infirmiers, les services thérapeutiques, les repas, les services d'auxiliaires familiales, les services de transport et les visites de bénévoles, qui sont indispensables pour les personnes qui, en raison de leur âge, leur blessure ou leur déficience, ont besoin de soins et d'un soutien en permanence); et
- maintienne des niveaux appropriés de soins actifs ou hospitaliers.

Au mois de mai 1996, nous avons soumis notre Plan global de soins de santé au ministre de la Santé, et ce plan a guidé et dirigé notre travail pendant la dernière année. En 1996-1997, par exemple, nous avons entrepris les premières démarches vers la mise au point de systèmes de santé intégrés, et nous avons travaillé pour renforcer les soins primaires, qui constituent la pierre angulaire d'un tel système. Nous nous sommes unis avec des intervenants dans les services aux enfants pour travailler dans le but d'assurer que tous nos jeunes jouissent de bonne santé et de bien-être dans une communauté où il n'y a pas de violence, d'abus, de maladie ou d'inégalité. Le Conseil identifie les occasions d'intégrer la promotion de la santé à toute sa planification. Le Conseil a commencé à créer quelques-uns des outils dont il aura besoin pour implanter un système vraiment intégré, tels que des systèmes informatiques et les moyens de surveiller et d'évaluer les changements apportés au système de services de santé.

Tout au long de l'année, le Conseil a continué de s'acquitter de ses tâches de planification habituelles, telles que la révision annuelle des plans de fonctionnement des hôpitaux. En réponse à des demandes de la part du ministre de la Santé, nous avons élaboré un plan pluri-annuel pour les soins de longue durée, proposé une conception pour un système de services de santé mentale et créé un plan en vue d'améliorer les services d'orthophonie pour enfants. Dans tous ces projets, nous travaillons pour faire en sorte que nos plans et recommandations cadrent avec les buts du PGSS.

Table des matières

Message de la présidente	1
Message de la directrice générale	3
Points saillants 1996/97	6
Perspectives d'avenir: Les systèmes de santé intégrés	6
Profiter de nos forces: Les soins primaires	7
La sauvegarde de la santé de la prochaine génération: Les services aux enfants	8
Faire plus que traiter les maladies: La promotion de la santé	9
Bâtir une communauté bienveillante : Plan pluriannuel des services de soins de longue durée	10
Promouvoir le partage des soins : Conception d'un système de services de santé mentale	11
Appuyer un projet communautaire visant à améliorer les soins : Services de toxicomanie	12
La réponse aux demandes spéciales:	
La planification des services d'orthophonie à l'intention des enfants d'âge préscolaire	13
Le Conseil et ses Comités	14
Rapports du CRSH-W	21
Rapport et bilan des vérificateurs	24

Le Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth (CRSHW) est un organisme communautaire qui donne des conseils au ministre de la Santé de l'Ontario. La mission du CRSHW est de préconiser et de promouvoir l'implantation d'un système de soins de santé qui soit accessible, rentable et sensible aux besoins de tous. Par ailleurs, la Loi 173 décrit les quatre fonctions principales des conseils régionaux de santé :

- donner des conseils au ministre de la Santé concernant les besoins en matière de soins de santé et d'autres enjeux de la santé dans les secteurs géographiques desservis par le Conseil;
- faire des recommandations au sujet de la répartition des ressources en vue de répondre aux besoins en matière de soins de santé dans le territoire desservi par le Conseil;
- planifier l'élaboration et la mise en oeuvre d'un système de soins de santé équilibré et intégré dans le territoire desservi par le Conseil; et
- exécuter tout autre tâche qui lui est confiée en vertu d'une loi quelconque ou par ordre du ministre de la Santé.

Les membres du Conseil sont des bénévoles que le ministre de la Santé nomme par décret. Huit membres sont utilisateurs des soins de santé, huit sont fournisseurs de services de santé et trois représentent le gouvernement de la municipalité régionale de Hamilton-Wentworth.

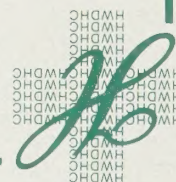
Le CRSHW s'est engagé à faire naître un partenariat équitable et pratique entre le public et les prestataires de soins de santé. Son but est de planifier et coordonner des services de santé qui puissent appuyer, maintenir et améliorer la santé de la collectivité.

Conseil régional de santé de
Hamilton-Wentworth

Rapport annuel

1996 - 1997





Conseil régional de santé de
Hamilton-Wentworth

Rapport annuel

1996 - 1997

